

訪問教育研究 1999

The Japanese Journal of Visiting Education

vol.12

第12集

特集 1 全国訪問教育研究会第12回全国大会報告

第12回全国大会 記念講演

重度障害者の地域生活保障 ～沖縄から全国への発信～

谷口 正厚（沖縄大学法経学部教授）

分科会報告

分科会共同研究者によるまとめと発表レポート

特集 2 訪問教育研究資料

- 1 訪問教育全般について
訪問教育担当教員講習会の文部省通知
 - 2 高等部訪問教育について
盲学校、聾学校及び養護学校 高等部学習指導要領 他
 - 3 医療的ケアを要する子どもの教育について
国会 参議院文教・科学委員会会議における質疑
滋賀県・千葉県 の答申
総務庁から厚生省に対する勧告
 - 4 病気療養児の教育について
東京の病弱教育（98年度実態調査）
 - 5 日常生活用具の新規種目について（平成10・11年度）
-
-

1999年12月
全国訪問教育研究会

The Japanese Association of Visiting Education

訪問教育研究

第12集

1999年12月

全国訪問教育研究会

<目次>

「訪問教育研究」第12集の刊行にあたって	1
全国訪問教育研究会 会長 西村圭也	
I 全国訪問教育研究会第12回全国大会報告	2
全国訪問教育研究会 第12回全国大会概要	2
大会実行委員長あいさつ	4
全国訪問教育研究会第12回全国大会 実行委員長 寛山佳史 (国立南九州病院小児科医長)	
第12回全国大会 記念講演の記録	5
重度障害者の地域生活保障 ～沖縄から全国への発信～	
谷口 正厚 (沖縄大学法経学部教授)	
①「健康・身体づくり」分科会報告	11
■共同研究者による分科会のまとめ	11
久保裕男 (国立療養所南九州病院児童指導員、社会福祉士)	
■共同研究者による分科会のまとめ	12
吉見修子 (鹿児島生協病院小児科医師)	
■発表レポート	13
R君のいのちとむきあって ～訪問教育1年間をふり返って～ 松尾昭彦 (長崎県立諫早養護学校)	
②「コミュニケーション」分科会報告	17
■共同研究者による分科会のまとめ	17
川住隆一 (国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部第三研究室長)	
■発表レポート	18
重複児の視覚的定位置の確立を目指した教育的かかわり ～A男の驚愕(防衛)反応の軽減・克服をめざして～ 小野田譲 (宮崎県立日南養護学校)	
③「あそび」分科会報告	23
■共同研究者による分科会のまとめ	23
平井 保 (佐野国際情報短期大学社会福祉学科教授)	
■発表レポート	24
M・Y君の「おながく・あそび」を通しての考察 松矢玲子 (東京都立小平養護学校)	
④「集団授業づくり」分科会報告	29
■共同研究者による分科会のまとめ	29
玉村公二彦 (奈良教育大学教授)	
■発表レポート	30
訪問教育における地域集団学習の取り組み 中島牧子 (鹿児島県立牧之原養護学校)	
⑤「教育条件整備」分科会報告	34
■共同研究者による分科会のまとめ	34
加藤忠雄 (福井大学教授)	
■共同研究者による分科会のまとめ	35
猪狩恵美子 (東京都立小平養護学校教諭)	
■発表レポート	36
見えた読みえたよ すばらしい世界が ～既卒者教育の成果～ 上田 緑 (奈良県立明日香養護学校)	
⑥「病気療養児の教育について」分科会報告	39
■共同研究者による分科会のまとめ	39
谷川弘治 (西南女学院大学保健福祉学部講師)	

■ 発表レポート	40
長期入院している子供たちの生活の質を充実させるための試み ～子供たちが生き生きと輝いていられるために～	二階堂紀子（北海道手稲養護学校）
⑦ 「医療的ケアが必要な子の教育保障」分科会報告	43
■ 共同研究者による分科会のまとめ	43
山田章弘（前神奈川県立三ツ境養護学校校長）	
■ 共同研究者による分科会のまとめ	44
江川文誠（十愛病院、神奈川県立養護学校重度・重複障害児担当医師）	
■ 発表レポート	45
医療的ケアを必要とする子どもたちの教育について	
吉田明 他（島根県立松江清心養護学校 訪問グループ）	
⑧ 「青年期教育と進路保障」分科会報告	49
■ 共同研究者による分科会のまとめ	49
御子柴昭治（前全国訪問教育研究会会長）	
■ 共同研究者による分科会のまとめ	50
高木 尚（東京都立府中養護学校教諭）	
■ 発表レポート	51
只今、青春やりなおし中！ ～訪問高等部・過年齢生のとりくみから～	
新庄久美子 木下博美（京都府立与謝の海養護学校）	
⑨ 「保護者とともに訪問教育を考える」分科会報告	54
■ 共同研究者による分科会のまとめ	54
野間比南子（石川県立平和町養護学校教諭）	
II 訪問教育研究資料	55
1 訪問教育全般について	55
1-1 訪問教育担当教員講習会の文部省通知	55
2 高等部訪問教育について	56
2-1 盲学校、聾学校及び養護学校 高等部学習指導要領	56
2-2 現行の盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領の特例を定める件	57
3 医療的ケアを要する子どもの教育について	58
3-1 国会 参議院文教・科学委員会会議における質疑	58
3-2 滋賀県「障害児教育と医療の連携検討委員会」の提言	59
3-3 千葉県「第2次千葉県障害児教育検討委員会」の報告	62
3-4 総務庁から厚生省に対する勧告	69
4 病気療養児の教育について	70
4-1 東京の病弱教育（98年度実態調査）	70
5 日常生活用具の新規種目について	74
5-1 平成10年度日常生活用具の新規種目	74
5-2 平成11年度日常生活用具の新規種目	75
III 全国訪問教育研究会機関紙「こんにちは」目次録	76
第63号（1998年10月20日発行）～第67号（1999年8月20日発行）	

「訪問教育研究」第12集の刊行にあたって

全国訪問教育研究会

会長 西村圭也

全国訪問教育研究会第12回全国大会は鹿児島という遠隔地で、しかも台風のさなかという条件にもかかわらず、例年にも増して多くの方に参加いただきました。また内容面でも鹿児島島の現状と運動を構成詩で発表、基礎講座の開設、中学生のボランティアはじめ多数の地元のサポート、保育体制の充実と積極的な親と子どもの参加などアイデアと意欲に満ちた大会でした。

大会以後9月には「全国訪問教育親の会」全国交流会に多数の親が集まり、高等部の充実等要望事項をまとめ、文部省に提出しました。その後札幌での特殊教育学会では初めて訪問教育をテーマにシンポジウムが開催されました。そのほか鳥取、長野、沖縄、滋賀、京都などの勉強会に参加させていただきましたが、いずれにおいても重度の子どもへ関心は高く、親の参加が目立ち、研究会をリードしている感さえありました。今後訪問教育をはじめとする重度の子どもへの教育について制度、教育課程、授業内容、医療的ケアなどへの親の要求はわたしたちの研究をいやがうえ

にも大きく推進させることになると思います。

2000年度から高等部における訪問教育が本格実施になります。これまでの文部省の格別のご努力と「親の会」の運動に敬意を表します。’97年以来の試行実施においてすでに多くの高等部における訪問教育の成果が報告されています。本格実施の中でさらに既卒者問題、修業年限など制度のありかた、卒業後を視野に教育内容のありかた等の研究を実践とおして深める必要があります。

財政危機、地域格差など頭上の暗雲を払ってくれるものは年々充実する全訪研大会、地域研究会をはじめとするなかまのひろがり、「訪問教育研究」をはじめとする実践研究の深まりです。私たちの日々の実践研究は重度障害児をめぐるさまざまな暗雲をひとまとめに吹き払う大きなパワーを育成する営みでもあります。台風さなかの全訪研鹿児島大会はそのようなことを暗示していたのでしょうか。

1999年12月

I 全国訪問教育研究会第12回全国大会報告

全国訪問教育研究会 第12回全国大会概要

■大会テーマ■

ひとりひとりのいのちが輝く未来の創造 ～子どもの権利としての教育・医療・福祉～

■開催日時■ 1999年7月27日（火）～29日（木） 開場7月27日（火）13時00分

■会場■ 霧島ロイヤルホテル 〒899-4201 鹿児島県姶良郡霧島町田口字扇山2703番号5

■主催■ 全国訪問教育研究会

■後援■ 文部省・鹿児島県・鹿児島県教育委員会・霧島町・霧島町教育委員会
全国特殊教育推進連盟・全国特殊学校長会・全国知的障害養護学校長会
全国病弱養護学校長会・財団法人日本児童家庭文化協会
社会福祉法人全国重症心身障害児者を守る会・難病のこども支援全国ネットワーク
鹿児島県社会福祉協議会・鹿児島県理学療法士会・全国障害者問題研究会鹿児島支部

7月27日（火）

13:00～13:30 開場・受付開始
13:30～14:15 開会・開会行事
14:15～14:45 特別報告
14:45～16:45 全国訪問教育研究会全国大会記念講演
演 題 : 「重度障害者の地域生活保障 ～沖縄から全国への発信～」
講 師 : 谷口 正厚（沖縄大学教授）
17:00～17:45 全国訪問教育研究会総会
18:30～20:30 夕食交流会
20:30～ 分科会の司会・共同研究者打ち合わせ

7月28日（水）

（1）基礎講座

- ① 9:00～10:40 訪問教育概論 講師：西村圭也（全国訪問教育研究会会長）
② 10:50～12:30 運動機能 講師：内匠正武（鹿児島県理学療法士会）
③ 13:30～15:10 感覚教育の教育内容と方法について
講師：斉藤昭（北海道手稲養護学校教諭）

（2）分科会

- ①健康・身体づくり ②コミュニケーション ③あそび
④集団授業づくり ⑤教育条件整備 ⑥病気療養児の教育について
⑦医療的ケアが必要な子の教育保障 ⑧青年期教育と進路保障 ⑨保護者とともに訪問教育を考える

16:30～ 共同研究者の集まり
18:00～19:00 夕食
19:00～20:45 自主交流会

7月29日（木）

9:00～ 9:45 調査・研究報告
9:45～11:30 各地からの報告
11:30～12:00 閉会行事

■分科会の内容

分科会名	分科会のねらい・共同研究者
①健康・身体づくり	障害が重く、日常的にバイタルサインなど健康管理が必要な子どもに対する呼吸・摂食・排泄・運動動作などの指導について実践交流します。 ◆久保裕男（国立療養所南九州病院児童指導員） 吉見修子（鹿児島生協病院小児科医師）
②コミュニケーション	重度・重複障害児のコミュニケーションを育てるための援助や配慮についてレポートを元実践を交流します。 ◆川住隆一（国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部）
③あそび	障害が重く、限られた環境条件の中での「あそび」は、どの教師も親も悩むところ。それだけに貴重な経験や工夫を交流しあって共有の財産としましょう。 ◆平井保（佐野国際情報短期大学社会福祉学科教授）
④集団授業づくり	子どもたち一人一人にあった、スクーリングや学習発表会、宿泊学習、交流教育など日常と違った集団活動に関する取り組みについて話し合いましょう。 ◆玉村公二彦（奈良教育大学教授）
⑤教育条件整備	子どもたちにとってより好ましく、必要な教育条件や環境（学級・教員定数や指導日数、就学相談、訪問部の校内位置づけ、高等部訪問教育の実践上の課題など）を整えていく活動に関する取り組みについて話し合いましょう。 ◆加藤忠雄（福井大学教授）◆猪狩恵美子（東京都立小平養護学校教諭）
⑥病気療養児の教育	“生きる力を育む”いのちの輝く教育を求めて、病気療養児の教育内容・方法や院内学級・分教室・病院内訪問教育の実践を深めていきましょう。 ◆谷川弘治氏（西南女学院大学保健福祉学部講師）
⑦医療的ケアを必要とする子の教育	学校教育の中で医療的ケアの意義をどう捉え、訪問指導の中でどのように実践しているのか。また医療・福祉関係者との連携の在り方など事例を通じて子どもたちの教育保障を考えていきましょう。 ◆江川文誠（十愛病院）◆山田章弘（前神奈川県立三ツ境養護学校校長）
⑧青年期教育と進路保障	高等部訪問教育実施の試行とともに障害の重い生徒の青年期の教育のあり方が問われています。また、「地域の中で生きる」ということで卒業後の進路を見通した指導、アフターケア、地域社会資源の活用、社会参加など障害の重い子どもたちの豊かな地域生活づくりの視点が大切になっています。訪問教育対象となる障害の重い方の高等部から卒業後までの教育と生活を考えていきましょう。 ◆御子柴昭治（前全国訪問教育研究会会長） ◆高木尚（東京都立府中養護学校教諭）
⑨保護者とともに訪問教育を考える	各地の訪問教育の現状と課題を保護者・教育関係者・医療関係者で明らかにして、保護者の期待する教育や今後の展望などを話し合い、お互いに交流を深めましょう。 ◆野間比南子（石川県立平和町養護学校教諭）

大会実行委員長あいさつ

全国訪問教育研究会第12回全国大会 実行委員長
寛山佳史 （国立南九州病院小児科医長）

みなさん、こんにちは。大変な天候の中、お集まり頂きましてありがとうございます。

鹿児島は一昨日まではすごい暑さで、桜島も灰が降っていてザラザラした感じだったのですが、昨日からの台風でひとさらいされてしまったようです。これは大会を実務的に取り仕切って下さいました、牧之原養護学校の西園先生の連絡が遅かったからではないか、と思っております。と申しますのも毎回の我々の集まりも、土曜日に集まるのに木曜日から金曜日に西園先生からFAXが届く（笑）という状況だったんですね。今回も台風へのFAXが遅れたからではないか、ということですね。もう一日早ければ、と思いました。

私の病院には重心病棟が120床あります。その中に院内学級がありますが、本格的な訪問教育の子どもたちと接したのは今から4～5年前のことになります。高校生の女の子が寝たきりになっていました。そこに女の先生が週に2回通ってきて授業をやっておりました。その先生が来るときには、その女の子はとてもすごい笑顔で、ドアが開いて先生の声が聞こえるとニコリとするんですね。学校の先生はすごいなあ、と思ったのが始まりです。

それで訪問教育のすばらしさを初めて知ったわけですが、いろいろと話を聞きますと、すばらしいんですが改善すべき点がたくさんある。親御さんとすれば遠く離れたところまで来てくれるのは有り難いんだけど、同じ子どもどうしが遊んだりできない。またこれは鹿児島だけのことかもしれませんが、訪問教育を選択するときに、教育委員会で「あなたは訪問教育です」「あなたは通学教育です」と振り分けられる。選択肢はあるのだが、本人が選べない、というのが鹿児島県内の状況です。

ちょっとした工夫でなんとかならないかと思うのですが、まだまだ問題点はたくさん残っています。

実行委員長というのは私は名前ばかりです。しかし仕事を引き受けて感じたことが2点ばかりあります。

1つは医療側からの見方ですので学校の先生達とはちょっと違うかもしれませんが、障害を持っている子どもを扱う立場の人というのは医者にしても学校の先生にしても全体の中で立場が弱いなあ、というのを感じています。一般の小児医療をする場合と、発達障害のある子どもを診る医者では、立場が弱いのです。何回か打ち合わせをする中で、学校の先生の中にもそういうことがあるのかなあ…という感じを持ちました。

もう1つは自分がやっていることの意味づけをきちんとしないと、本人も家族も納得しないということです。自分がなぜ今、この子にこういうことをやっているのか、こういうことをやってこういう反応が出てきましたよね、ということをよく説明しないと親御さんは「あそこの病院で訓練をやると、20～30分遊んで帰るだけだよ」と言われる。遊びではなくてこういう意味があってやっているのだ、ということをきちんと説明して子どもの反応がどう返ってきたかということをつかち合わないといけない。そういうところが学校の先生のやっていることと似ているかなあ…と思いました。

最後に、西村会長からも「なぜ鹿児島で」という話がありました。鹿児島では昨年、重症児の親の会の県支部が出来ました。来年度、新しい養護学校が出来ます。それと病院と関係したことで、加治木養護学校が施設を整えて再出発します。

そういうことから考えて、私は「どうせ開催するなら日本一になろう」と意気込みでやっております。

三日間、よろしくお願いいたします。

重度障害者の地域生活保障

～沖縄から全国への発信～

谷口 正厚 （沖縄大学法経学部教授）

<講師紹介>

1945年愛媛県宇和島市に生まれる。大阪市立大学経済学部、同大学院修士課程、博士課程を卒業（単位取得中退）し、1975年4月、沖縄大学法経学部に着任し経済学（マルクス経済学）の講義を担当。沖縄で経済学の教育に従事するかたわら、沖縄の障害者問題についての研究を始める。重度障害者の成人期（学校卒業後）の課題をノーマライゼーションの視点から実践的に解決することをテーマとして、作業所、障害当事者、親、現場の専門スタッフの中に入って沖縄の現場の中から学ぶという立場で研究を進めてきた。1999年4月、沖縄大学に人文学部福祉文化学科が新設されたのを契機に、大学の教育でも全面的に障害者関係の分野を担当することになり、現在、実質的に福祉文化学科のスタッフとして活動している。これまでの研究成果は、①沖縄の障害者の実態調査に関わるもの、②沖縄の小規模作業所に関わるもの、③重度障害者の地域生活・地域自立に関わるもの等がある。

皆さんこんにちは、沖縄大学の谷口です。

《はじめに》

先ほど、副会長の方から愛媛県は会員がいないという話がありましたが、私も愛媛県出身ですので、愛媛県からの参加者です。ただし申し訳ないのですが、全訪研のことは何も分かりません。

沖縄に行ったのは1975年、もう24年になります。簡単に今日の発表に関わってぼくの紹介をしたいと思います。ぼくはもともと大阪でマルクス経済学＝資本論の研究をやっていました。75年に沖縄大学の法経学部に行き、ずっと経済原論、資本論の授業をやっていました。これが出発点です。

そこから沖縄の重度障害当事者の中に飛び込んでいろいろ勉強を始めたのが、20年くらい前でそれが出発点です。5年から6年くらい前に本格的に入り込み、経済学の研究とは無関係に、沖縄の障害当事者の中に入っていろいろ勉強をしてきて、今に至っています。

妻が心理判定の仕事をしていて、こちらの方が障害者についての偉い先生です。沖縄に行ってから全障研の支部にはいろいろと出入りをしていていわば「応援団」のような形で関わってきました。最近は少しずつ自分の勉強もやれ出したのかな、と思っているとこ

ろです。

全訪研のことはほとんど知らないのですが、先ほどから話を伺っておりますと、ぼくがここで話することも多少は意味のある事かなと思い始めています。沖縄で重度の障害者が普通に学校を卒業した後、地域で普通に暮らしてゆける社会を作ること…そういうことをテーマに5～6年前から関わってきましたが、そういう話を今日はするつもりです。少し大げさですが「沖縄からの発信」とさせてもらいましたが、内容としては沖縄だけではなく全国どこでも起こっていること、あるいは起こりうることだろうと思います。特に何かすばらしいことを話すのではなく、個々の当事者がすばらしい活動をしているわけで、そこに意味があるのだろうと思っています。沖縄が全国の至る所を同じ問題を抱えて今、歩み始めているということをお話しします。

最初に35分くらいですが、ビデオをご覧頂きたいと思います。1年ちょっと前に作ったものですが、障害者の親やぼく自身も入り、素人が撮影して編集して35分にまとめたものです。三泊四日で西宮市の「青葉園」という重度障害者の通所活動施設に車椅子の人16人と一緒に大挙して行って交流をした様子が写っています。最初にそれをご覧頂きます。

（ビデオ「大人になってもイキイキと」視聴）

《戦後最初の福祉行政は？》

沖縄の復帰前のことについて、ちょっと触れてみたいと思います。沖縄戦があって戦後が始まります。そして福祉の施策が行われるようになります。生活保護法が1953年に作られます。1953年というのは琉球政府の前身の組織の作られたあとで、その他、児童福祉法・身体障害者福祉法・社会福祉事業法などが本土に5年前後遅れて作られてきます。

もう一つ、1960年代の中頃から後半くらいにもう一つの波があります。老人福祉法・母子福祉法・母子保健法・知的障害者福祉法（当時は精神薄弱者福祉法）などが3～4年あるいは9年遅れて制定されています。

確かに遅れてはいます。しかし振り返ってみると遅れているといっても、それほどではないのではないかと最近では考えるようになりました。沖縄では米軍の占領下で日本国民として、日本人として沖縄の教育・福祉を進めていきたいという強い思いがありました。当時は移動の自由もない状況ですが、戦後の沖縄は学校の先生や福祉関係者が日本人として日本の憲法のもとで福祉・教育を作ってゆきたいという熱い思いがありました。それで何年か遅れでこういう施策が行われるようになっていったわけです。

ただし法律は出来たけど、中身はまったくない。お金がなくて何も出来ません。法律は出来たけど何も変わっていかないという状態が60年代の終わり頃までずっと続きました。その中で2～3、特徴的なことを紹介します。

昨年、うちの大学で「地域と福祉講座」を行いました。障害当事者や現場の職員など13人を大学に呼んで話を聞くという講義を1年間、やったわけです。そのときに社会福祉協議会の事務局長を呼んで話を聞いたことがあります。その人の話の中で「那覇市が戦後、最初にやった福祉行政はなにか？」というのがありました。それは「精神障害者を駆り立てて収容所のようなところに押し込めること」だったとおっしゃっておいりました。精神障害者監置室と言いました。沖縄本島の様々なところから、家で暮らせない精神障害者の人たちが家や村から出て那覇の町に入ってきました。そういういわば「浮浪者」となった精神障害者をどうするか、という問題が那覇市にはあったわけです。そこで、彼らを一つの小屋を造って集めて閉じこめた、つまり監獄なんですね。

沖縄ではそれだけじゃなくて自宅においても「私宅監置」という制度がありました。精神病院がないから入院が出来ない、お金もない、だから個人が自分の家族の一員である精神障害者を、例えば離れの馬小屋のようなところに閉じこめて鍵をかけて、ご飯だけは与えるというものです。個人が自分の家族のための監獄

をつくっていた、そういうことを制度的に認めていたのが「私宅監置」というものですが、そういうものが復帰の直前まで残っていました。

制度＝法律が出来ても中身が出来ないことがずっと続いていました。復帰の前後というのはそういう時代だったわけです。

もう一つ、「幻の障害児教育義務制（1958年～1972年）」というのがあります。「沖縄では1958年に障害児教育の義務制が実現し1972年に義務制は終わった」ということです。

つまり復帰の時に義務制がなくなった、ということです。これは先ほど見たように戦後すぐに本土の教育基本法を沖縄でも作ろうという動きが起こってきます。その中では戦後の障害児教育の義務化はうたわれています。ところが付則でもって盲ろう学校以外の養護学校の義務化は制令を作って延期されましたね。そのことによって79年まで義務化は完全ではなかったわけです。

沖縄の法律も本土を見習って最初はそのような付則をつけていたんです。ところがどういうわけか1958年に付則がなくなってしまったんです。10数年前にぼくが沖縄に行って調べたときに「おかしいなあ」と思って気がつきました。なんでなくなったのか、これは当事者に聞けないので分からないんです。その時点で琉球政府は養護学校設置の義務を負ったんです。子どもや親は権利を持つわけです。そのために養護学校を作らないといけない状況にあったのですが、ほとんどの人はそういう認識にはなかったみたいです。たまたま見落として付則が取れてしまったのかどうか、教育法の先生に確認してみたいと思いますが、たぶん間違いではないと思います。そういうエピソードもありました。実質は義務制ではないので問題にはならず、実態はもっと貧困でそこまで目が届かない状況ではあったわけです。ある意味では精神障害者の監置室と同じような意味を持つのだろーと思います。

そして1964年に初めて、知的障害者と肢体障害者の養護学校ができます。同時に知的障害者の施設も作られます。64～5年から徐々に変わり始めて復帰を迎えるわけです。

沖縄最北端には辺戸岬があります。この海の向こうが鹿児島というところ。ここに72年、祖国復帰の記念碑が建ちました。3～4年前に行きました。高速道路を降りてから40～50分くらい歩く不便なところなのでそれほど人数は多くありませんが観光客もやってくるそうです。その記念碑には格調高い文章が刻まれているわけですが、中に「我々は決して復帰を祝わない」という意味の一文が含まれています。

「我々の願った復帰は実現しなかった」「復帰を祝うためではなく我々が我々の力をもう一回再確認して新しく運動を広げて平和を願う」そのための記念碑な

のです。ちなみにこの文書は近くの売店にはリーフレットもパンフレットも何も置いておらず、売店の人も何も知りません、そういうところです。

《権利としての教育・福祉》

復帰して27年になります。米軍占領は27年続きました。復帰して障害者の運動や施策がどうなっていたかを見えます。

復帰前後に大きな変化がありました。復帰によって本土の「権利としての教育・福祉」「どんな重い障害を持った子ども学校へ行って教育を受ける権利がある」「それを実現させる」という考え方が広まってきました。これは沖縄の教師、現場の人が本土の人たちと交流して初めて出会った考え方だったんです。沖縄の人はびっくりしました。全障研の沖縄支部の人たちの話を聞くと、そのことが分かります。復帰前後に沖縄の全障研が作られます。日教組の障害児学校部の人たちが沖縄に来たことがきっかけです。復帰直前ですから渡航制限が厳しかったのですが、それを断ち切って交流してきました。その中で沖縄の先生達が「権利としての教育」を初めて知るわけです。そしてまず学校現場から変わっていきます。

例えば大平養護学校という知的障害の養護学校があります。復帰前には軽度の知的障害の人たちが通学していました。復帰によって障害の重い人たちに合わせて学校を変えてゆくことなどが熱っぽく語られたそうです。非常に大きな変化が復帰によって起こってきたわけです。

また全国的な流れでもありましたが沖縄でも「不就学児の実態調査」が行われました。1975年に僕が沖縄に行ったその年に沖縄の親も含めた人たちによって調査されて訪問が行われました。

そのとき「どんな重い子どもも教育を受ける『権利』を持っている」と言って「権利」という言葉を使いますと大変な抵抗がありました。福祉に関わっている、今で言う和小規模作業所の人たちと話すと「あなたたちはアカだ」と言われました。そういうことが復帰の前後に起こってきました。

今は誰もが「権利」として当たり前だと言うようになりました。24年前に「アカ」と言った人と今も関わっていますが、その人達もずいぶん変わっています。

もう一つ、復帰特別措置として政府がお金を出して、学校や施設を作るときに10分の9は国が持つことになりました。残り10分の1のうち半分は市や県で持つ。つまり5%の負担で学校が建つわけです。この補助金行政によって学校・施設・道路・港湾などが整備されてくるようになります。沖縄はこの27年、かなり大きく変わってきました。

《復帰後の施設設備》

障害を持った老人、特別養護老人ホーム施設数ですが、復帰直前の71年には県内に4カ所330人だったのが、98年には50カ所3885人になりました。毎年、数カ所作られていきます。

日本共産党国会議員団の最近の新しい資料によると、沖縄の特別養護老人ホームの設置率は日本一だ、ということなのです。新ゴールドプランの計画目標は4035人です。現在は3885人で、待機者が620人ではいることはいますが、計画目標にもっとも近づいているのが沖縄だということです。人口10万人あたりの特別養護老人ホームの設置数は全国平均の3.5倍で、日本一です。

知的障害者の授産施設も復帰前後で大きく変わりました。復帰後しばらく経って授産施設が作られました。最初はいわゆる「収容」＝「入所」施設であったのが、徐々に通所施設に変わっていきました。最近作られるのはほとんどが通所の施設です。つい最近、通所施設の比重が半数を占めるようになりました。これは全国的にも同じような傾向にあるのでしょうか。

小規模作業所もだいたい作られてきました。精神障害の人たちの作業所も含めて設置年数順に見てみます。一番最初は1981年、国際障害者年に初めて沖縄に小規模作業所は出来ています。これについては沖縄はだいたい遅れているものでしょう。その後は全国的な傾向と同様に増加してきています。ここ1～2年では精神障害の人たちの作業所が増えてきています。沖縄では精神障害の人たちの通所施設や地域での支援が活発に進んできています。

知的障害者更正施設も数は増えているのですが、上に述べた授産施設と小規模作業所とは異なる点があります。それはこの施設には「通所」がない、ということです。建前としては「授産施設＝仕事をするところ」「更正施設＝（比較的障害が重度であるので）生活指導を主とするところ」ということになっています。ですから知的障害が重度の人は授産ではなく更正施設に入ることになるわけです。更正施設は全部、入所施設なのです。たった一カ所、栄野比（えのび）学園で通所があるだけです。国際障害者年によって「ノーマライゼーションの理念」が説かれ「完全参加と平等」「重い障害を持った人も地域で生きる」という時代に入ってきたのですが、それでも更正施設は入所だけです。これははっきりとした違いです。おそらく、これも全国で同じような傾向にあるのではないかと思います。

《沖縄にとって復帰とは何か？》

ここでどういうことを考えるか、ということです。占領時代が27年、復帰してから今年で27年。米軍占領と同じ時間が過ぎましたが、今でも「基地問題」は非常に深刻です。政府は「沖縄の基地は基本的には絶対に維持する」という態度です。去年・今年と沖縄では大きく基地反対の運動が盛り上がりましたが、結局政府としては「基地は（少しは減らす）基本的には維持する」という立場ですから、その中でどうするか、ということになってきました。

今では「多少は縮小を要求するが、基地を認めながら、基地と併存しながらやってゆこう、その代わりに沖縄は大変なのだからお金を出してもらって経済開発をしてもらおう。普天間基地も県内移設を認めよう、浦添の軍港も移設を認めよう」という大きな流れに変わってきています。今まで沖縄の基地はずっと「県民が望んだものではなく、強制的に作られたものだ」ということでした。従ってこのような考え方に転換するということは「沖縄の県民が納得して基地を認めてゆこう」ということです。とても大きな変化です。そういうものが復帰27年の中にありました。

障害者福祉の分野でも「復帰とは何であったか」という論議があります。この間、政府のとってきた政策を世界的な流れの中で考えてみます。

1979年	養護学校義務制
1981年	国際障害者年スタート、 国連障害者の10年(～1993年)
1983年	国の第一次長期計画提出
1993年	新長期計画提出
1995年	障害者プラン制定

この大きな流れは障害者の施策が根本的に変わったことを意味します。どんなに障害が重くても地域の中で生きることが当たり前になってきたわけです。そういうことを国が言い始めて、沖縄にも入ってきて、理念としてそれまでと180度ひっくり返ってしまったわけです。ただ実際にはお金の問題がありますから、実際に実現されることは別です。

施設に関しては経済政策の効果があってかなり進みました。今では本土と比べてどうのこうのという段階ではなくなってきています。占領下の27年、復帰からの27年を経てようやく普通の県の一つになったと言えるでしょう。

しかし基地問題だけは別です。大きな壁があります。沖縄は先ほど申したように「お金で解決しよう」という道を選びました。将来に禍根を残すことになると思われませんが、なかなか大変な事態です。

《沖縄において地域で暮らすこと》

今まで進んできたのは基本的には施設福祉です。これは特に重度の人になればなるほど入所施設のニーズがある、学校を卒業してからは行き先がない、こういう実態があるわけです。今それが沖縄で大きく変わり始めようとしています。その意味では復帰の時に沖縄の教育福祉現場の人たちの運動と意識が大きく変わったのと同じように、復帰後27年を経てとりこぼされてきた最重度の人たちが地域の中で普通に生きることへの要求がいろいろな場面で出てきています。

私たちは「国連障害者の10年」のまとめの年、那覇市の障害者の生活実態調査を行いました。那覇市で（沖縄で）障害者について行われた最初のまともな調査です。障害者の実態をきちんと行政が把握してゆこうという調査です。那覇市から僕個人が委託されて沖縄大学の中に研究会を作り障害当事者・障害児学校の先生・那覇市福祉課職員も入って、40万円の予算で調査を行いました。最初は40人を対象にしましたが、これではダメだということで、私が勝手に400人に変えました。沖縄大学の学生や聴覚障害の手話通訳さんなども協力してもらって行いました。40万円の予算は、その人達に使って全部なくなりました。

手話通訳の人が調査員をしたときのことです。その人は「聴覚障害の人が手話が分かる」と考えていたのですが、そうではなかった。聴覚障害に加えて身体障害もあり、病気持ちでもある。障害者施策のことも何も知らない。そういう人が国際通りという一番の繁華街から2分か3分か離れたところのあばら屋に住んでいる。部屋の中はめちゃくちゃです。その日暮らしのアルバイトをして生活をしている、ということです。テレビはあるけども壊れています。食べ物のカスがころがっている。

手話通訳さんは調査が終わってから私に「とても勉強になりました」という手紙をくれました。その手紙を那覇市長に渡すときに「調査結果をまとめる資金はもうないから、冊子を作るためにあと200万円出して下さい」とお願いしましたところ、了解してもらってまとめることが出来ました。それが那覇市の障害者行政の大きな出発点になりました。

その後、那覇市は障害当事者だけの委員会というものを作りました。2年前に「なは障害者プラン策定委員会」というのを作りましたが、これも同様に当事者だけの委員会です。この中にはここにも来ておられる伊礼さんも委員の一人として参加してもらいました。そこでは基本的な考え方として「どんなに障害が重くても本人が望めば町の中で暮らすことが出来る社会を作る」ことを率直にうたってプランを作りました。ただしお金がありませんから実際には漏れがありますが、那覇市の障害福祉課の行政はそのような方向で進んで

きています。

《僕の出会った様々な人たち》

ぼくが1975年に沖縄に来たとき、家島に木村ヒロコさんという人がいました。山口県の人で「土の宿」という本も出している人です。足で絵を描く画家の方です。ぼくよりちょっと早く沖縄に来られた人です。沖縄で強烈なパワーを持った生き方をしています。ちょっと怖いのでまだ面と向かって話をしたことがないんですが、一人で生きてゆくという生き方を貫いてきた人です。「なんであなたたちにそれが出来ないの」という人なんです。その頃は重い障害を持った人が地域で生きてゆくことは非常に難しいことだったのですが、それが5～6年前に大きく変わってきました。ただしまだ見通しは悪くて、それをみんなで考えてゆく必要があります。今日、僕が言いたいのはこのことです。この見通しをみんなで見つけてゆきましょう、ということなのです。

上里直子さんは市営住宅を大きく改造して住んでいます。両手と右足が使えず、左足の指だけが使えるという脳性マヒの方です。彼女は木村ヒロコさんより障害は重いのですが、一人で暮らして3年になります。本当はお姉さんと一緒に住む予定だったのですが、転勤になってしまったために一人になったわけです。市営住宅に入居できることも分かったので思い切って一人で暮らし始めました。今は生活保護で約20万円を受給して自立生活をしています。この人は4～5年前に出来た制度を利用した第一号なのです。ほとんどの人が知らなかった。ずっと前からある制度なんですけども沖縄にあることが知らなかった。行政も知らなかった。知っていた人は沖縄でやろうとしても出来ないだろうから、東京や大阪に行ってしまった。沖縄で育って沖縄で制度を利用した最初の人です。

筋ジスの新門さんも、病院を出ました。彼は4年ほど前に「自分で自分の時間を使いたかった」という理由で病院を出ました。食事の時間・トイレの時間・就寝の時間を自分で決めて生活をしたい、ということです。進行の程度はゆるいタイプのようなのですが、でもいつまで生きられるか分からない。自分がやれるうちに、自分の生き方をしたかったのです。

そして「テベの会」という、当時は子どもたちの活動を対象にしたものでしたが、彼がその代表になり、数年前に沖縄で初めての「自立生活センター」として位置づけ直したのです。

今は先ほどのナオコさんよりも、もっと障害の重いリツコさんという人が糸満市の青葉園から出て自立生活を始めています。リツコさんは知的障害はありませんが言葉がほとんど通じません。ナオコさんも15年前にはわかりにくかったのですが、今は初対面でも聞

き取れるようになりました。リツコさんの場合はそれがない。しかし「自分で自分の生き方をしたい」ということから、自立生活に入っていきます。

知的障害のない重度の身体障害者が街の中で生きてゆくことは、20年前にはヒロコさんのようなスーパーウーマンのような人がやることだったのですが、今はごく当たり前になってきました。

《オリブ山病院の取り組み》

5年ほど前に鏡が丘養護学校の卒業生が中心になって「この街をこよなく愛する会・ミッキーズ」というのを作りまして、地域福祉基金300万円を受給し「やまびこ大学校」というのを週に1回行うことにしました。5年前というのは「養護学校卒業生の実態調査をやった」「新門さんが病院を出た」「ナオコさんの自活生活が始まった」時期でもあります。

やまびこ大学校の支えになったのがオリブ山病院という、もともとは精神科の病院です。この病院では老人ディケアをやっています。その中で例えば80人のディケアがあるとします。その中の1割くらいを65歳未満の重度障害者を受け入れるという取り組みを週に1回～2回しています。きっかけは那覇市の職員・保健婦・住宅関係の専門家が住宅改造の勉強会をやっていたのですが、その中で重度障害者の存在がクローズアップされたことです。那覇市の行政も関わって、そういう人たちをオリブ山病院で受け入れることになったわけです。これは那覇市が障害当事者による委員会を作って取り組み始めたという流れの中で出てきたことです。

ただし基本的にはその人達は枠外ですから、公的な助成はありません。那覇市にその分だけ市単独の助成事業をやってもらうようお願いしたのですが、これは実現しませんでした。で、やまびこ大学校の取り組みにオリブ山病院が場所やスタッフを貸して3年間、続けました。地域福祉基金というのは単年度のものですが、3年間は出すことで取り決めをしてオリブ山病院という医療法人が取り組む。その流れが老人ディケアの中に入っていくのではなく、独立して、障害者だけのディケア（障害者のディケアは制度的にはなくてディサービスになるんですが）になってゆきます。

沖縄では重度障害者のディサービスは1カ所でしかやられていません。15年くらい前からそうです。それも介助のいない人のディサービスが基本形です。それをオリブ山病院が最重度の人を対象にした介護型のディサービスをやるようになりました。これが2年前のことで医療法人が福祉のことをやった全国で初めてのケースです。福祉と医療の壁があり、当初かなり抵抗があったようです。

毎日ではないにせよ昼間は介護型のディサービスで

オリブ山のスタッフが全面的に関わって活動を支える。夜はグループホーム制度を使っていけないか、というのが今考えられているところです。知的障害者のグループホームには毎月6万円出ます。重度の知的障害者のグループホームは倍の12万円が支給されます。4人集まれば48万円です。それを使ってオリブ山のディサービスに通っている重度の人たちを支えていけないだろうか、ということです。昼間はオリブ山で、夜はグループホームで。そして将来的な自立を支えていく取り組みをしよう、ということが考えられています。ところが、グループホームというのはあくまでも昼間働いている人のための住宅である、というのが基本的な考え方ですから難しいという壁があります。ディサービスは活動だけでも働いているという拡大解釈は出来ないだろうか、と考えたのですが、まだ難しいのが現状です。

また「社会福祉法人でないといけない」という壁もありました。民間の親がやるのは法人ではありません。社協が委託してやるのはどうだろうかと思ったのですが、うまくいっていません。

宮城県知事が制度を考えたときには「働く」ということを幅広く考えました。小規模作業所で働くことや、さらに「生きる」ことまでも含めるという考えがあったようなのですが、現場の役人の人たちはそう考えない。切り替えてゆく取り組みが必要ですね。

そのように沖縄では大きな変化があります。それは鹿児島などでも、あるいはその他の所でも起こることであって、普通のことでないかと思います。自治体に「お金がない」と言わせない取り組みが求められる、そういう時代ではないでしょうか。沖縄は自立生活の人たちの運動がありました。重度知的障害を持った人たちの運動もありました。訪問教育対象者やもっと年齢の小さい人たちの運動もありました。いろんな取り組みが起こっています。自分の枠だけでなく、いろいろな人たちとのつながりの中で力を合わせてゆくこと

でしょう。

ぼくは専門家ではありません。もともとは経済をやっていた者です。どうして自分がここで話しているのだろうか、と思うわけです。でも、いろいろなところで輪をつなげてゆくことが大切なのではないかな、と思います。

《最後に、怒り》

最後になりますが、ぼくが経済学をやっていた頃、ミタセキスケというヘーゲル哲学の先生についていました。最後は脱落しましたが、その先生はいつも「社会科学を勉強するときに大切なことはいろいろあるが、一つは『怒ること』だ。世の中に怒りがあるということは、矛盾があるということで、そこに社会科学がある。単なる興味ではだめで、現実には矛盾があって怒りを感じて、それを解決してゆく。社会科学というのはそういうものがなければならない。」

ぼくは経済学ではそれが出来なかった。障害者問題に来て、本当に怒りを感じています。ぼくが関わってから5年くらいになっていますが、もう7～8人の方が亡くなっています。「カネがない」とは言わせない、そのためには輪を広げて力を合わせてゆくことが大切です。西宮の青葉園は1年間に2億円のお金が市から出ています。そういうことは沖縄では出来ないのです。2億円は無理でも、キチッと出させるお金は出させる、それが人間の生きる権利を保障することです。そういうネットワークを地域の中でも作ってゆく取り組みをやりたい、と思っています。

ここで話したことが人の輪を広げることにつながればぼくも勉強できるし、これからもがんばってゆけると思っています。

長時間、どうもありがとうございました。

①「健康・身体づくり」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

久保裕男

(国立療養所南九州病院児童指導員、社会福祉士)

はじめに

今回初めて本研究会に参加し、吉見（小児科医）と共に共同研究者の重責をまかされました。本研究会のこれまでの到達段階を十分に把握することなく、勉強させて頂くと言う姿勢で参加しました。要を得ないかと思いますが、まとめてみました。

参加者は司会、記録者を含め22名。共同研究者を除き全員訪問教師。北は新潟から南は沖縄まで広範囲、また訪問先も自宅、隣接の国立療養所重心病棟、公立法人重心病棟など、バラエティーにとんでいました。

1. 提出されたレポートの内容と討論について

提出レポートは3本。①新崎信枝氏（沖縄県立鏡が丘養護学校沖縄療育園分教室）の「重度重複障害児の児童・生徒の実態に即した教育内容及び方法～運動・動作の内容・方法とそして養護・訓練の実際（FBMを通して）～」②松尾昭彦氏（長崎県立諫早養護学校）の「R君のいのちにむきあって～訪問教育一年間をふりかえって～」③谷口順子氏（栃木県立盲学校）の「新しい健康づくりFBM～自然の力を知ろう～」3本ともFBM（ファシリテーションボールメソッド）に関する実践報告でした。

①新崎レポートは、重症心身障害児施設「沖縄療育園」に隣接されて2年目の新しい分教室での実践報告でした。どこの重症児施設もそうであるように、年々重度化が進み、児童生徒の大半は経管鼻腔注入、呼吸困難に伴う日常的排痰などの対応が必要となっています。そこで学校あげて「健康、養護・訓練」を研究テーマとして、理学療法士による専門分野から講師を招いての研修会をはじめ、FBMに関する県外での研修、検証授業及び公開授業、一年間のまとめ、と実に緻密な計画を立て、実践しているのがとても印象的でした。具体的指導では、FBMを通しての仮説1)コミュニケーション、2)心肺機能・新陳代謝の活性、3)運動機能の向上、を立て、様々な形のファシリテーションボールを使用しての教育実践が報告されました。提出された指導案では手書きのイラストにて実践場面がわかりやすく描かれ、とても説得力がありました。②松尾レポートは、小1の時交通事故で頭部外傷を受け、両下肢の著しい機能障害、呼吸機能障害を持つ現在高等部一年のR君への一年間の訪問教育実践を、主にビデオを使って報告されました。松尾先生は昨年も今大会のコミュニケーションの分科会で同内容の発表をされましたが、共同研究者の助言も参考にしながら、今年度は「健康作りとリラクゼーション」という観点からFBMを通してのR君への取り組みを発表されました。特にこの中では、R君の呼吸・心拍数や姿勢に注目し、FBM実践前後の心拍数の変化、観察を通してのリラックス状態の変化のチェック、など細かな観察、検討を重ねている姿が印象的でした。近年この分野に関しては、医療機器を駆使してのERP（事象関連電位）や神経心理学的立場からの研究が行われ、これまで学校の教師や施設の療育者が行ってきた実践（声掛けや揺らすことの大切さなど）が理論的にも正しかったことが立証

されています。今後メディカルスタッフをはじめ様々な専門家との共同研究を通してさらに理論化が図られることを期待します。③谷口レポートは、実践報告というよりは、「自然の力を知ろう」をテーマとした「FBMとは何か」の講義に集中したものでした。重度の心身障害児に対するボールの効用は、リハビリテーションや教育（特に感覚統合訓練）の分野でもあまねく知られている所ですが、昨年の同分科会共同研究者の佐藤先生もご指摘されたように、FBMに関する谷口氏の理論的背景が、素粒子論や遺伝子発想法など、理解に苦しみややドグマ的感をいただきました。これまで氏が素晴らしい実践を重ね大きな評価も受けているだけに、もっとわかりやすい理論展開があってもいいのではという感想を持ちました。

2. 全体を通してのまとめ：本分科会の充実のために

当初事務局より本分科会のねらいに関し「障害が重く、日常的にバイタルサインなど健康管理が必要な子供に対する呼吸・摂食・排泄・運動動作などの指導について実践交流する」という説明を受け参加しました。確かに新崎・松尾両レポートともに、子供達の心身の状態を細かにアセスメントし、それを元にした「いのち」に触れ合うきめ細かい実践という点では、「さすが訪問教師」と感激しましたが、その理論的実践的根拠をFBMだけに求めたという点では、同じく日頃重症児をはじめ障害の重い子とと接している筆者にとっては、少し奇異な感じがしました。

厚生省の統計でも、全体の出生率が大きく低下している中で、いわゆる重度障害児の出生率は年々高くなっていることが明らかになっている現実にあつて、訪問教育の果たす役割はますます重要となつてきています。そこには、「いのちに向き合う」という教育の根源的なテーマが内在しており、そのためにも本分科会が求める「日常的なバイタルサインなど健康管理の把握を始めとしたアセスメントする能力、それにもとづいた教育計画と実践、評価」などは重要な課題となつてきています。多くの訪問教師は自分の実践を検証する機会（医療機関におけるケースカンファランスなど）が少なく、厳しい現状だということは承知していますが、今後は単に教師だけの奮闘ではなく、医療スタッフなど他の専門職との共同研究が必要ではないでしょうか。因みに重症児の研究をめぐるここ数年の間で、医療スタッフは勿論の事、神経心理学研究者を始め、耳鼻咽喉科の医師、動物行動学者など分野を越えた研究者が参画しています。

最後に私見ですが、障害児の支え手（主に家族）を支える社会的サポートネットワークの必要性をあげたいと思います。重症児の豊かないのち・健康は彼らを支える支え手の豊かな生活保障無しにはありえないことも大切な概念だと思います。そのため今後、社会資源との連携を専門職とするソーシャルワーカーとの連携が重要となっています。

今後の本分科会の充実を期待します。参加させて頂きましてありがとうございました。

吉見修子

(鹿児島生協病院小児科医師)

今回初めて全訪研に参加しましたので、これまでの積みかさねがつかめておらず、共同研究者としての責任が果たせたのか、よくわかりませんが、医師の立場から、この分科会に参加して感じたことを述べてみたいと思います。

分科会参加者は20数名でしたが、そのほとんどが養護学校の教員でした。訪問教育15年のベテランの先生もいらっしゃいましたが、訪問教育経験1～2年目の先生も7名おられました。共同研究者の2名をのぞいては、医療現場の人間はおりませんでした。訪問教育をうけている児の親の方が1人参加されていました。

3本のレポートのうち2本が、ビデオも準備しており、子供の状態をみながら実践の報告をするという形態で、参加者にわかりやすく、意見もだしやすい発表であったと思います。長崎の松尾先生の「R君のいのちと向きあって」は、訪問教育担当となった1年目に出会った重度の子供に関わって、身体のリラックス、呼吸援助、嚥下機能改善などに熱心にとりくんでいる発表でした。健康チェックとして、呼吸や心拍数、排便や発作の状態を確認し、とりくみの前後でどう変化したかを評価しています。1年の間に多くのことを学び実践してきた先生の努力には、頭が下がります。ただ、それが個人のレベルにとどまっていて、医師や理学療法士などの専門家との連携が不十分なことは気になります。健康を維持しながら教育をしていく上で、医療との連携は欠かすことはできないと思います。その点、沖縄の新崎先生の「重度・重複障害の児童・生徒の実態に即した教育内容及び指導方法」の報告は、FBMをとりいれた養護訓練の報告でしたが、①教師集団で研修をくりかえし、仮説をたてながらとりくむということ②入所施設の医療・訓練との連携もとれていることなど、重症児施設の沖縄療育園の養護学校分教室という特殊性はあるものの、学ぶべきとりくみであったと思います。（このとりくみ自体は、訪問教育ではありませんが）谷口先生の「新しい健康づくりFBM」は、FBMの考案者として基本的な考え方のレポートでした。空気圧をさげたファシリテーションボールを使うことで、教師にとっても重度の子供たちにとって

も負担が軽く運動をさせることができ、本来人間がもっている遺伝子レベルの身体プログラムが促通され、発達を促進したり感覚統合をすすめることの話がなされました。医療従事者にはまだ十分ひろがっているとはいえませんが、専門家でなくても取り組みやすい方法であり、実践研究をつみかさねていかれることを期待します。

分科会の今後の課題として、医師や看護婦ではない教師が、重度の障害をもつ子供たちの健康をどうチェックしどこまでとりくめるのか、なかなか難しい問題であります。ただ重度の子供たちの健康を考えるうえで「健康とは、心身ともに快適な状態である。子供の笑顔は快適な状態のあらわれであり、笑顔をひきだすとりくみは健康づくりにつながるが、その基盤には身体の状態の安定が必要である。医療と教育の連携が大切である。」という基本が大切です。同じ病名や障害名がついていても、子供たちはひとりひとり違います。その児の状態を親からよく聞き、主治医や担当訓練士などとも連絡をとって、個別の教育プログラムをたててとりくんでほしい。事故がおこることを心配しすぎてもいけません、とりくんだことが、健康上マイナスの結果をおこすこともないとは言えません。訪問教育という個別的指導を余儀なくされるからこそ、健康チェックや養護訓練、緊急時の対応などの研修や先生達の集団的な実践検討の時間がきちんと保障されるべきです。健康づくりに責任を負うべき医療従事者も、一人の子供にかかわれる時間は、短く不十分なのが現状です。週3日、1年以上ひとりの子供の訪問教育にとりくまれている先生方は、実は親について子供の状態をしっかりとつかめる立場にあります。先生達が子供の身体の状態で気づいたことを伝えていただくことは、医療の側にとっても有益な情報となります（伝え方に工夫は必要ですが）。子供の生きる力を強め、また子供と家族にとって社会との接点となる訪問教育の役割はとても大きいと思われます。先生方のコーディネーターとしての役割にも期待したいと思います。この分科会が、先生達の実践交流の場として充実していくことと、その基本となる医療との連携をどう作っていくかが検討されていって欲しいと思います。

R君のいのちとむきあって

～訪問教育1年間をふり返って～

松尾昭彦

長崎県立諫早養護学校

(〒854-0084 長崎県諫早市真崎町1670-1)

1. はじめに

R君は高等部1年生です。97年3月に諫早東養護学校中学部を卒業して1年間は、在宅での生活を送ってきました。98年度、1年過齢児も高等部訪問教育の対象となり、この1年間、週2～3回の学習活動を体験してきました。

R君は小1年の夏、交通事故に遭い、九死に一生を得ましたが、その後1日の大半をベッドの上で過ごしてきました。両上下肢の著しい機能障害と頭部外傷による呼吸器の機能障害を負い、両親の懸命な看護や東養護学校での学習活動のより、16年間頑張ってきたのです。

私は、知的障害児養護学校からの転勤1年目にして、初めて訪問教育を担当することになりました。4月当初、R君と初めて出会い、その固そうな身体と表情に接し、何をどのようにしていけばよいのか戸惑いながらの訪問でした。この1年間、前担任、保護者、訪問部の仲間からの支え、そして全訪研全国大会(長野)での研修により、少しずつR君への取り組みの手がかりをつかむことができました。

全身の筋緊張が強く音や接触に対する過敏が見られるR君との1年間をふりかえり、R君がどのような生き抜く力を獲得していったのか。そして、この「訪問教育」が、重度の障害を負う子どもにとってどのような意義があるのか考えてみたいと思います。

2. R君のプロフィール

R君は、昭和56年10月に3700gの丸々とした体で生を受けました。幼稚園の頃はとても明るく元気な子どもでした。幼稚園で習った歌を母親によく歌ってくれたそうです。そのR君が事故に遭ったのが、小学1年の夏休みに入って数日たった日のことでした。ちょうどその日、スイミングスクールの帰り、乗ってきたスクールバスから降りて、道路を横断しようとした時、トラックがぶつかり頭部を強く打ちました。その後の処置が良かったことで、一命を取り留めたのですが交通事故による脳損傷で、頭部手術を受けることになりました。

89年(平成1)3月、諫早整肢療育園に入院。2学期から諫早東養護学校小学部に転入。92年(平成4)5年生の8月、左頭部に人工骨を入れる手術を受けま

した。97年(平成9)3月、中学部を卒業することができたのです。

R君の障害は、「両上下肢機能の著しい障害、頭部外傷による呼吸器の機能障害」です。日常生活では、寝たきりで、ベッド上で過ごすことが多く、また、上下肢の拘縮が強く、自ら体位を変換することはできません。脊柱側弯(右凸)ですが、クッションチェアーや車椅子を使用することはできます。食事、排泄、移動など生活全般にわたり両親からの全面介助を受けます。栄養は、経鼻チューブにより摂取しており(1日3回1回につき200カロリー全600カロリー)、10日に1回の割合で、チューブの交換をしています。この時、スムーズにチューブが入らず、R君がとても苦しがるということでした。睡眠は浅く、夕方2時間程度眠っていることが多く、夜は起きているようです。抗けいれん剤を服用していますが、大きな発作は最近見られません。小発作の時は、両目を大きく開き10～20秒程度続きます。週1回の訪問看護と往診、そして、リハビリも受けています。

環境との関わりについては、触刺激や大きな音に対してとても過敏です。揺れや声かけにまばたきや口唇の動きで反応し、音や声が聞こえているようです。また、泣く、笑う等の表情は見られませんが、緊張した時に顔をしかめたり、リラックスした時に穏やかな顔をしたりします。口唇周辺がとても敏感で上口唇に触れると口元が緊張し、全身を硬直させいやがる場合があります。よだれの多い時があり、唾液を飲み込む時にむせてしまい、咳をして苦しがる場合があります。視力、聴力の測定は困難ですが、聴覚刺激や触覚刺激に対しては応じる力を持っています。寒くなると体温調節が難しいために、手足が冷たくなり、血行不良になりやすいとのことです。99年4月の体重は32kg身長は140cmです。

3. 指導目標と内容について

中学時のS先生から伺った内容をもとに、これからの取り組みの目標と内容について考えてみました。また本校訪問部の仲間からのアドバイスや実践報告を参考にし、母親からの要望も取り入れ、共通理解を図って、次の3つの柱を目標に設けることにしました。

◎健康作りをする 《健康》

- ◎筋緊張を緩めリラックスした姿勢を取れるようにする 《リラックスセッションと姿勢》
- ◎いろいろな感覚遊びをして反応する力を引き出す 《遊び》

また、それぞれの目標にアプローチしていくための内容については、昨年度参加した全障研九州ブロック研究集会、訪問教育担当者研修会、全訪研長野大会、訪問部研究会等で学んだことを取り入れながら内容の充実を図ってきました。

《健康》

- ・学習前後の体温、心拍数、呼吸数調べ
- ・排泄、食事、睡眠、発作、顔色についての調べ
- ・日光浴 外気浴 温足浴
- ・脱感作
- ・上下肢体幹のマッサージ 乾布まさつ
- ・口唇周辺の筋刺激（バンゲード法） 歯肉のマッサージ
- ・呼吸援助のストレッチと介助法（肩、肩甲骨の周辺、肋骨、腰周辺のストレッチ 換気促進）

《リラックスセッションと姿勢》

- ・リラックス体操（ピアノの伴奏に合わせて行う腰揺らし、タッピング、金魚運動、股関節緩め）
～ファシリテーションボール使用
- ・腹臥位姿勢～セラピーボール、ファシリテーションボール使用
- ・側臥位姿勢（背中のタッピングとマッサージ、肩回し、ロッキング）
- ・座位姿勢 ～箱型訓練台使用
- ・膝立ち姿勢～特製訓練台使用

《遊び》

- ・音、歌遊び（いろいろな楽器の音、オカリナの演奏、季節の歌、コンサートのビデオ）
- ・味覚遊び～ひも状グミキャンディー、蜂蜜、練乳、ゼリー飲料使用
- ・バルーン遊び（セラピーボール、ファシリテーション

ンボールでの揺れ遊び）

- ・スライム遊び（冷たいスライムを使つての感触遊び）

4. リラックス体操と呼吸援助の取り組み

いろいろな学習活動の中から「リラックス体操と呼吸援助」の取り組みについて紹介します。

R君は通常ベッドに寝た状態で過ごしています。私は訪問してすぐにベッドサイドへ行き、「R君、おはよう」と声をかけます。「ゴーゴー」といびきをかいているような音を出して呼吸しているR君は、寝た状態での生活のために上気道が狭くなり、舌根沈下によりいびきのような呼吸になってしまうのです。又、触刺激に対して全身を硬直させやすく、肩周辺に筋緊張が入ると上肢を挙げようとしても肩にガチッと力が入ってしまいます。こんな時のR君の表情は、苦しうに見え、呼吸もつらそうにしているのです。こんなR君に対して「呼吸を楽にさせたい。ゆったりとした呼吸ができるようになってほしい。」というのが母親の願いでした。

呼吸は、生命を維持する活動のエネルギーを生む大切な源です。呼吸を楽にし呼吸を整えることは、R君の健康づくりのうえでも、そして様々な刺激を受け入れていくためにも大事な課題といえます。

ベッドに横たわるR君への声かけの後、顔色や心拍数、呼吸数、排便や発作の様子について調べ、母親から昨日の体調について話を聞き、その日の体調を把握します。

「お母さん、今日は心拍数と呼吸数がいつもより多いですね。」と記録を見ながら伝えます。学習活動の流れの中には、全身の緊張を緩めるリラックス体操や呼吸障害軽減のための呼吸援助（ストレッチと換気促進介助法）を入れてますが、このような状態の時は、特に念入りに行うことにしました。



写真1 下肢の乾布まさつ

(1) リラックス体操とストレッチについて

R君の肩や肩甲骨周辺、そして脊椎から肋骨、腰部など、胸部とその周辺の筋緊張を和らげ、可動性を保つことは、R君自身の呼吸運動を楽なものにしていくために重要なことです。そのためには全身のリラクセーションを図っていく必要がありました。

R君は中学時代、夏休みを使って柳川リハビリテーション病院に入院したことがあり、その時に腰を中心に揺らすリラクセーションを受け、随分と効果があったということでした。

そこでリラックス体操では空気圧を調整できるファシリテーションボール（95cm径）を腰部に敷いた仰臥位姿勢をとらせ、腰部を中心に揺らす取り組みをすることにしました。

ファシリテーションボールは第11回全訪研長野大会の折り、このボールを活用した実践報告を聞き、はじめて知ったボールです。このボールは直径10～150cmの柔らかい材質のイタリア製のボールで、空気圧を10～90%に減圧調整して心身をゆだねることで、障害をもった子どものリラクセーション、バランス反応、抗重力反応、姿勢の保持やコントロールを促進することに効果があるといわれています。

（註；「FBHのすすめⅡ」ファシリテーションボール・メソッド研究会編）

「R君、腰をゆらすよ」「いち、に、いち、に、腰ゆらし」とBGMのピアノ曲に合わせて歌います。R君の表情や全身の様子を見ながら、ゆっくり、ゆっくり揺らしていきます。左右の揺れの次は上下のこまかい揺れから大きな揺れへ移り、金魚運動から股関節緩めの順に行い、最後は両下肢を左右に倒し、体幹が腰を中心にひねられた姿勢をとらせます。

この体操の途中、時々目と口を大きく開け、左方向に顔を向け全身をピンと延ばす筋緊張が入ることがあります。とてもきつそうな表情になり、呼吸が止まったように見えます。その時は揺れをいったん止め、緊張が取れるのを待って、小さくゆっくりと揺らすことに心掛けています。

体調が良い時はとても気持ち良さそうなおだやかな表情やまばたき、そして腹部のふくらみが見られます。「あっ、今日は楽に呼吸できてるよ」と安心させられます。

腰を中心としたリラクセーションの後は、上肢を伸展させ頭部方向へ大きく伸ばします。上腕から胸にきている大胸筋を呼吸に合わせて伸ばしたり縮めたりするのです。胸部がふくらむ時に上肢を伸ばし、へこむ時に元に戻す動きを繰り返します。この時はすでにいびき様呼吸は見られません。

姿勢の変換で側臥位姿勢をとらせます。左右方向の側臥位で片方の肩周辺の筋を動かしたり、腰の後ろで肋骨と脊椎・骨盤とつないでいる腰方形筋をさ

する、もむ、指で押すなどのマッサージをしたりします。特に、右側臥位の時は、背柱側わんのため右凸部が床についた姿勢になるので、腰と左肩に私の手を置き、軽くひねるように前後に揺らすロッキングや左体側を伸ばすストレッチを行います。この姿勢でストレッチを入れるとR君の腹部が大きくふくらみ、表情も安定します。まばたきや口唇の動きがよく見られる時は「先生、楽な呼吸ができてますよ」というR君のサインだと受け止め、「R君、ようおなかのふくらみよるね」と声をかけることにしています。

この右側臥位のロッキングやストレッチは、本人にとって一番楽な呼吸ができる取り組みになりました。

(2) 換気促進のための介助について

呼吸の動きを直接的に介助し、換気（空気の出入り）を促進する方法を取り入れてみました。

換気が良くてできるためには、吸うことだけでなく、息を十分に吐くことも必要となります。R君が息を吐くことを介助することにより、息を数を吸う量も増やし、換気がスムーズになされるようにしていきます。

リラックス体操の後に、まずR君の過敏反応が見られる部位（大腿部、腕、腹部、胸部）をてのひら全体でさわって、刺激を入れる脱感作をします。脱感作は、できるだけ弱い刺激を入れて徐々にその刺激に慣れさせていく方法で、過敏が複数箇所にある場合は、過敏の弱い部分、体の末端部に近いところから順にしていきます。てのひら全体で幅広く押し当てるようにさわるのがポイントです。このようなさわり方が刺激の少ないさわり方なのです。

この脱感作をして過敏反応が弱いと思われる時に、R君の呼吸に合わせて、（イ）胸部に両手のてのひらを当てて胸部の筋肉を押し下げる（ロ）脇腹近くの肋骨にてのひらを当てて押す。（ハ）横隔膜を押し上げる等の換気促進の介助を入れることにしました。

1学期当初、過敏反応が強く見られた大腿部や腕、そして腹部、胸部の反応の程度が少しずつ軽減されて来ました。

さわる時に事前に「R君、〇〇〇をさわるよ」と声をかけます。驚いた表情をした時は「ごめんごめん」と謝ります。換気促進の介助を入れる時も同じように「スー」「ハー」「ハイはいて」と声をかけながらすることにしています。

声をかけながら、R君の反応から、その気持ちを読み取るようにつとめることが大切なことのように思われました。

このリラックス体操や呼吸援助を行った後のR君の

表情は、いびき様呼吸をしていた学習前の表情とは全く異なり、とてもリラックスしたいい表情を見せてくれました。学習前後の心拍数変化は平均値で10回／分程度減少し、腹部のゆったりとした動きが見られ呼吸がなされるようになりました。「先生、気持ちよかよ」と言っているように見える時もありました。

このふたつの取り組みは、R君がその後の学習活動（遊び、座位、膝立ち等の姿勢の変換）にスムーズに入っていけるための〈準備運動〉だと思いました。

5. R君への訪問教育で学んだこと

「一人で在宅の生徒の家へ出向き子どもと1対1で行う教育が訪問教育である。」「孤立無援になりがちな教師が訪問担当教師である。」そんな先入観をもっていた私でしたがこの1年間R君とのふれあいや両親との出会い、そしてこの教育に携わる多くの仲間からの支援により、いろいろなことを学ぶことができました。

R君のように、既卒者であっても高等部の教育を受けられるチャンスがあれば中学部までの学習活動で獲得した力を土台にして、さらに残存能力を引き出せるのだということが分かりました。重い障害を負う故に、その生命を保つ力が弱い生徒に対して、何らかの教育的働きかけを行っていくことでその力が強まり、太くなっていくのです。その一翼を担っているのが「訪問教育」ではないかと思います。

来年度から高等部訪問教育が本格実施されることになりました。このことは全訪研の会や、支援団体のねばり強い運動の成果が現れたものと考えます。このような時期に運よく訪問教育を担当し、R君や両親と出会えたことは、教師生活20年目を迎えた私にとって、重要な意味をもつものと言えます。

R君の固そうな体と表情に接し、何をどのようにしていけば良いのかとまどい続けた昨年度の1学期から、早1年が経過しようとしています。とまどいから脱するために親や仲間に学び、そしてR君から教えられてきました。

この8月、R君がかつてリハビリのため入院したところのある柳川リハビリテーション病院でリラクゼーションや呼吸援助について研修できることになりました。その間、R君も外来受診するという事で、R君の障害に応じたリラクゼーションや呼吸援助について、理学療法士の方から直接話を伺うことができます。ここでの研修が、2学期からの取り組みの大きなバネになればと思います。そして、高等部卒業後の生活を見通しながら、今から何をしていかなければならないかを考える機会にしたいとも思います。

今私を支えている言葉は「あせるな」「手を抜くな」「自信をもて」の3つの言葉です。この1年間の取り組みを通してわかりかけたことを、これから自信をもってやっていこうと思います。



写真2 呼吸援助

②「コミュニケーション」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

川住隆一

(国立特殊教育総合研究所重複障害教育研究部第三研究室長)

1. 分科会での発表内容

本分科会では当初、二つの発表が予定されていたが、残念ながら一つの発表のみとなった。

発表されたのは小野田譲氏（宮崎県立日南養護学校）の「重障児の視覚的定位反応の確立を目指した教育的かわり手—A男の驚愕（防衛）反応の軽減・克服をめざして—」である。本報告は、周囲からの視覚性の刺激により過度の筋緊張状態を呈する訪問教育対象児童に対し、過度の緊張を呈さずに視覚的な注意を向けること、すなわち注視や追視のような視覚性定位反応を発現することを援助してきた経過を整理されたものである。小野田氏は過度の筋緊張の表れを驚愕（防衛）反応の発現と仮に捉えて指導に当たってこられたが、発表内容を伺えば、この緊張は場合によっては、本児の意思の表れとも受け止められるように思われた。参観者も同様の見方をされていたと思われる。

本報告は必ずしも、本児のコミュニケーション行動の促進、ないしは、本児と係わり手とのコミュニケーション関係の形成を目指した取り組みを整理したものではない。しかし、発表を聞けば、視覚刺激と反応の関係ばかりでなく、随所に、本人と係わり手とのコミュニケーション関係を深める糸口や実際のやりとりがみられた。具体的には、遊びの場面や「散歩」の場面である。また、本報告では、過度の緊張状態ないしは「驚愕反応」が次第に軽減してきた経過を「慣れ」という用語で説明されている。一般的には、同じ刺激の

反復的到來に対し反応が次第に消失していくことを「慣れ」と呼んでいるが、これはまた学習の過程とも捉えられる、すなわち刺激の意味が分かってきた過程でもある。今後は、以上のような視点からからの再整理を期待したい。

2. 参加者からの質問を受けて

本分科会には、20名近い参加者（2名の保護者を含む）があったと思われるが、上記の発表終了後14名の方から、障害の重い子どもとの係わりや行動の見方、あるいは、コミュニケーションについての捉え方等についての質問が出された。これらの内容については、当分科会の書記担当の方が別にまとめておられるのでそちらを見ていただきたが、私としては、これらの質問は全て、皆で考えるべき課題を含んでいるので、「発表者」あるいは「話題提供者」以外にも、参加者にはショート・レポートのような形式での問題提起（指導に当たってのとまどいや疑問点、子どもの行動の受け止め方などについて）の機会があった方が良いのではないかと思われた。

障害の重い子どもや病氣療養の子ども達とのコミュニケーションを考えることは、われわれが相手の子どもをどのように見ているかを整理したり、われわれの係わりが子どもにとって分かりやすい働きかけであるかを見直す機会でもある。次年度は、多くの発表があることを期待したい。

重複児の視覚的定位反応の確立を目指した教育的かかわり

～A男の驚愕（防衛）反応の軽減・克服をめざして～

小野田 譲

宮崎県立日南養護学校

（〒887-0034 日南市大字風田4030番地）

1. 課題設定の理由

重障児教育においては、他者からの様々な働きかけを含む環境に対して、彼らが感覚刺激をはじめとする種々の情報をいかに受け止め、どのように自発性を発揮するかという一点にその主眼がおかれるといっても過言ではない。少なくとも、そこから教育的営為が発するからである。

その意味で、定位反応は、「高度に選択的で能動的な調査・探求的性質」¹⁾を有し、重障児を含む発達初期段階における人間の、環境に対する自発性の発生・発展を見る上で重要な指標となっている。

2. 児童の実態

A男は、呼吸の辛さやおむつの汚れ等々、それが内因的なもの、あるいは外因的なものにかかわらず様々の不快な状況に対して、過度の緊張状態を示す。頭部の後屈と四肢の屈曲で全身をM型に硬直させ、顔面は眼球を上転（いわゆる「白目」の状態）させたまま歯をくいしばり紅潮する。発汗や排便、呼吸困難を伴うほどの強い緊張である。しかしながら、この緊張がおむつの汚れによるものであれば、清潔なものに取り替えれば良いし、あるいは呼吸の具合から生じるものであれば、吸引による去痰やカニューレの調整という医療行為によって対処することができる。

本事例で取り上げるのは、上記以外の誘因によって生じる緊張への教育的配慮を伴うアプローチである。

A男は訪問教育学級に在籍する小学部1年生である。5歳時に水の事故により低酸素脳症となった。受症3カ月後、2つの病院を経て当国立療養所日南病院に転院してきた。その間、気道管理の必要性から気管カニューレの装着を余儀なくされている。それまで観察されなかった視性行動反応が当病院入院時点で「追視」という形で認められた。しかし、それ以降A男の視界に本児にとって視刺激となる対象が移り込むと、上述の緊張状態を呈するということが看護及び療育上の問題として浮上してきた。

3. 本研究における仮説

本事例では、これを低酸素脳症によって引き起こされた中枢神経系の器質障害の結果であり、かなり誇張されてはいるものの、視覚的定位反応における驚愕

（防衛）反応に類似した状態像としてとらえることにした。そう把握すれば、定位反応の確立という積極的な教育的手立てを継続していく中で、A男の緊張状態が軽減・克服されるとの仮説が成り立つと考えられるからである。

4. 研究の方法

（1）乳児期の視性行動反応の発達

～鎌田及びバウワーの指摘から～

鎌田²⁾は、視性行動反応の発達の道筋を以下のように整理している。

「生後1、2週頃までは、瞬目、口をすぼめる、上肢屈曲、下肢屈曲などの防衛的反射として考えられる反応項目がより多く認められる。それが生後3、4週以降になると、注視、追視、頭部回転や上肢をバタバタする、下肢をバタバタするなどの定位的反応と考えられる反応項目の出現率が高くなり、防御反射的反応はそれほど認められなくなってくる。両者の中間時期、すなわち、生後14、15日頃は、双方の反応がそれぞれ同じ程度に混在的に認められる。」

そして、視機能については、①まず静止している対象への注視は生後2週間から進行し生後1カ月で一定の安定性を獲得し、②追視行動は、生後1週間前後に動体に対して出現し始め、生後1カ月で左右45°の頭部回転を伴って安定する。③光刺激に対する眼球運動の発達は生後2週間で境に反射的なものから定位的なものへと移行していくと指摘している。

続いて、バウアーBower、T.G.R.³⁾の指摘が示唆に富むので引用する。

「乳児は視野内の対象の外郭に視線をすえるということが、乳幼児の『目の注視』に関する多くの研究で見出されている。対象が移動すれば、乳児は、それを追視することが出来る。たとえば対象の輪郭と一緒に移動し、その途中からこれが解体し個々の点が独立的に動きはじめるなら、非常に早期の乳児でも大変驚くことが明らかになったのである。」

乳児は、出生後早期から既に環境を単位としてとらえ、空間から事物を分解して知覚しているという事実が指摘されている。併せて、ひとたび知覚された事物の外郭が崩壊すると、驚愕反応が引き起こされるということも興味深い。

（２）研究の方法

A男に対する指導は、鎌田やパウワーが行ったように、単純刺激のみを用いた限定された検査場面でなされるものではない。「生活経験要因が関与する刺激事態を導入するなどして、さらに詳細に検討する必要がある」との鎌田自身のことば通り、まさに、日常生活の一場面として指導が展開されているのである。

よって、本研究では上記の先行研究を視座としつつ、先の仮説に基づきA男に対して継続してきた指導そのものを、記録・検証するという方法を採用する。

５．指導の実際

（１）第１期：指導開始から気管浮腫除去手術まで （入学当初～８月下旬）

病棟から教室までの移動時、本児と視線を合わせ途絶えないように配慮するが、訓練室入室直後、教室入室前後に緊張することが多い。

始業の合図の意味も込めて、お湯で絞ったタオルで顔を拭く。A男の視線にタオルを掲げ、ゆっくり額から顔を拭くが緊張。口元を拭かれる時は気持ち良さそう。そのまま指導者が視界から外れないように配慮しつつ、キーボード伴奏つきで始業の歌を聞かせる。教師の顔を注視。音で緊張することはない。

絵本の読み聞かせでは、絵本を眼前40cmで、視界から外れないよう開く。絵本の提示の仕方がまずくて、ページをスムーズにめくれないと緊張してしまう。読み聞かせや歌いかけにはあまり注意を払っていない様子。絵本をゆっくり動かすと追視。

合同学習の「散歩で遊ぼう」では、屋外に出て日差しに当たったり、路面の振動を感じると緊張出現。ただし木陰や風の心地良さでリラックスできる。

「ストーリー遊びⅠ」では、暗がりでもリラックス。雨の音にも仕掛け人の教師を注視したままで緊張はない。台車に乗って揺れる「波のシーン」で、緊張が断続的に出現する。「夜空の星（イルミネーション）のシーン」で、イルミネーションの明かりに集中する。緊張も少ない。

第１期の様子を受け、以下のように整理した。

- ① 視覚優位で外界をとらえている。本児にとって視刺激となる物や人の提示の仕方（現れ方）に留意すると、緊張の出現頻度や程度がコントロールできるのではないか。
- ② 外界を視覚的に受け入れたことを確認後、他の感覚に働きかける。
- ③ 追視が正中線を中心に少なくとも120°程度可能。
また、通常頭がやや左向きだが右側の対象物を追視する際は右に10°程度動かす。
- ④ 本児にとっての視刺激の整備組織、ポジショニングの配慮及びおむつ交換や暑さ対策によってリラックスした状態を作ることが優先課題。これらの条件

の上に、積極的にかかわりを築いていきたい。

- ⑤ 本児の緊張（口の開き→歯の食いしばり、眼球の上転、全身の緊張）を「苦しいよ」とか「痛いよ」との生理的訴えとのみとらえず「〇〇はいやだよ」という選択性を含んだ要求の身体表現としてもとらえて接していきたい。
- ⑥ 追視できたり活動場面を一定のリズムの中でとらえられる等、外界を「点」から「線」でとらえることができつつあるのではないか。その「線」が途切れた時、「いやだよー」という身体表現として緊張が出現しているようである。視刺激をはじめ活動や場面を、始点→第１の切り替え点→第２の切り替え点…と一つ一つの「点」が本児にとって受け入れやすく、かつそれらが「線」として結び付けられやすい整理された内容と、ていねいな提示の方法が重要であろう。

（２）第２期：手術後から抗てんかん剤調剤まで （２学期開始～11月中旬）

6月下旬に肺炎を併発し、呼吸困難に陥る。人工呼吸器装着。気管の浮腫による気道狭窄のため浮腫除去手術を7月22日に受けた。夏休みが明け、9月半ばより表情にゆとりが見られる。

「ストーリー遊びⅠ」の波に揺られる場面ではそれまで緊張の連続で、教師に抱っこされたままで、なんとか揺れを受け入れられる程度であった。しかし、A男の視線が一点に定位できるよう、台車横（本児の左側）に教師が位置どりすることで、台車に仰臥位をとったまま落ち着いた面持ちで揺れを受け入れられるようになった。台車の揺れ（本児の体幹に対して左右に往復する水平な揺れ）に伴って離れたり近づいたりする教師の顔に、A男の視線は注がれ続けていた。同様に緊張の頻度や度合いが減衰していき、10月に入ってから、苦手としていた「顔遊び」でさえ、驚愕反応を示すことなく受け入れる日もあるなど安定度を増していった。

10月半ばより再び気道の状態が悪化し、視性行動上の驚愕反応も強くなる。しかしすぐにそれも治まり、肝機能障害が発覚するまでの間は、パネルシアターや「おてぶしてぶし」等視覚に訴える「見る遊び」をゆとりをもって受け入れるようになった。この時点（10/30）でペンライトによる光刺激に対して右側70°、左側90° 下側70°の範囲内で頭部回転を伴った追視が可能となっていた。

（３）第３期：抗てんかん剤調剤から （11月中旬～12月中旬）

これまで投与を受けていた抗てんかん剤の副作用で肝機能障害を誘発。これらの投与が打ち切られ、リボトリールのみでの投与が開始された。

授業は11月18日からの約1週間実施できなかった。病状は、調剤開始当初昏睡に近い状態が数日続いた後徐々に安定していった。ただ、右手の指先と左口角に律動的な不随意運動が現れていることをはじめ、調剤以前相対的には優位だった左半身の動きが、右半身にその座を取って代わられたことが気掛かりとなった。

11月26日よりベッドサイドでの授業を再開した。12月中旬までに、驚愕反応は激減し、視覚的定位反応は第1の対象物から第2の対象物へとスムーズに視点をコントロールできるまでに向上した。それまでは、かなりの抵抗を感じていたであろう直接頭部や顔面に触れられるわらべうた遊びにさえ、受容的な表情を浮かべて受け入れることができた。殊に、情緒的な交流をベースにして展開される「シャンプー遊び」（頭部をなでられる歌遊び）では、笑顔と解釈されるほどの豊かな表情を示した。

（４）第４期：調剤終了後

（12月中旬～）

12月16日のお楽しみ会を境に、ベッドサイド授業から通常の授業実施への変更が許可された。この頃は不随意運動も影を潜めた。しかし、驚愕反応が従来の頻度で再び出現する。特に、車椅子での移動中に頻発する。ただし、全身の緊張の度合いは調剤以前と比較してゆるやかではあった。

2週間の冬休みを終え、3学期を迎えた。新学期当初は、車椅子移動中あるいは教室内で、ベッド上で見せる穏やかな表情とは裏腹に驚愕反応が頻発した。

まず教室内では、車椅子坐時の方が床面での仰臥位時よりも明らかに驚愕反応が多い。坐位が臥位に比べて、空間を立体的かつ広範囲にとらえることができるため、定位反応を誘発する対象物は増大し、同様にそれを阻害する対象物も増えるのであろう。A男の視線の正面に位置するものや人の動きに、視性行動が翻弄されていたようだった。

移動中はA男の視線を教師の顔に釘付けにするように配慮したが、視界に移り込むものが繁雑過ぎる。特に、ポジショニング上車椅子のバックレストを一定の角度倒していることが災いして、通路の天井が絶えず視界内に移り込んでしまう。車椅子が停止していればA男の視線は一点に定位しており問題ないのだが、車椅子が前進する間、彼の視界の中で天井は絶えず後方へと移動するわけである。眼球は定位と上転（白目状態で固定→驚愕反応）を繰り返すのである。場所によって明暗差の激しいこともこの悪循環に拍車をかけているようだった。そこで、以下のような対策を講じることにした。

移動中は、直射日光がA男の顔に当たらないように日傘等で遮る。教室内でも、彼の視界に蛍光灯などが入らないよう位置どりに注意した。結果、教室内では

他の教師の協力もあって驚愕反応は激減した。しかし移動中は日光対策が一定の功を奏したが、後方に移行く天井には相変わらず驚愕反応が頻発していた。

驚愕反応は、対象物の接近によって、厳密には中心窩に対して垂直に迫り来るものに対して引き起こされる。このことはパウワーによって証明されている。遠方から頭上をかすめて後方に移動する天井は同様の影響をもたらしているのではないか。であるとするならば、天井が遠のけばよいのである。そう考えた日から車椅子を後ろ向きにして移動することにした。車椅子を押す教師と対面する形で移動するから、A男の目を移動時間中ほとんど教師の顔に定位させておくことができた。時折、視線が天井に定位しても、その一点は次第に彼から遠のいて行く。その連続である。正面の教師が消えたり、頭上をかすめて後方に動いたり、あるいは第3者の出現など不意の出来事がない限りは驚愕反応は発現しなかった。

現在、頭に触れられる歌遊びに対しては嫌悪の表情は影を潜め、笑いとも解釈できる表情を見せてくれている。また、仰臥位のA男の正面で上下左右に動く教師の顔を目で追いかける「顔の追いかけっこ」では、かなりのスピードで追視可能である。左右に関しては両側10～20°程度の頭部回転を伴って、ほぼ180°の追視行動を見せる。上方への追視は驚愕反応を誘発しがちである。しかし、動体に対してこれほどの追視行動をしつつも、観察されるのは受動性眼球運動のみのものである。「顔の追いかけっこ」においてひとたび教師の顔を見失うと、周囲をキョロキョロ探索するといった能動性眼球運動は認められず、A男の目は真正面凝視の状態になってしまうのである。次なる対象がそこに注意深く現れれば、再び注視そして追視という定位がなされるであろう。反対に、乱暴に移り込めば驚愕反応が引き起こされることになるのである。

（５）第５期：能動性眼球運動の出現

（2月下旬～）

2月も下旬に近づいたころ、いつものようにA男と「顔遊び」に興じる。本児右側にフェイントをかけて下方に消えると、教師の顔を探すようにそのまま右側に視線を移していった。そしておそらくは窓の外景色の1点に本児の目は定位して静止した。既に右30°以上の頭部回転を伴っている。しばらくそのままの状態だったためA男の眼前に突然顔を出してみた。彼の目は瞬時に教師の顔に定位して、その瞬間左口角をクッと上げて表情を変えた。「見つけた！」という表情か？これまでも同様の活動は繰り返してきたが、教師の顔が視界から消えると直ちにA男の目は静止し、その時点で彼の目の中心窩延長線上に位置する新たな対象物に定位させられていた。しかし、この日は、視界から消えた教師の顔を探るような能動性眼球

運動が認められた。

視野の面からみると、上方へ移動する対象物や、右側と比較して左側へ移動する対象物に対しては驚愕反応の出易い傾向が残っている。しかしながら、正面に対して上方20°程度だった許容範囲が45°以上に広がっていた。右側は頭部回転を伴うため正中線から90°以上驚愕反応なしに追視可能である。たとえ許容範囲限界付近で白目状態になりかけても、数回の小刻みな瞬目の後自ら立ち直ることも頻繁に認められるようになっていた。

(6) 第6期：能動性眼球運動と驚愕反応の混在期
(1999年4月～6月中旬)

「この数日間、顔の向きにもよるが、視覚的に左側優位。視界右側に消える対象物で緊張あり。左側によく顔を向けているが、それが直接的には緊張に結びつかない。」(4/13の記録)という新年度の幕開けであった。

天候に恵まれた日が続き、当初の計画通り題材「散歩で遊ぼう」を実施できた。屋外を移動中自ら視線を移す様子も見受けられた。木陰に入り春風を受けながら、眼前に広がる青空の、恐らくは浮かんでいる雲なのか、あるいは図上で揺れる木の葉かにキョロ…キョロ…と瞳を動かしたり、視界の外から教師が吹くオカリナの音の方に目を向けたりと、日常の様々な場面で能動的な眼球運動が発現する。

反面、体緊張も強まってきた。5月14日から20日の約1週間、カメラのレンズを絞り込むような瞳の様子と一点凝視が数十秒間ほぼ毎日のように続いている。その後、授業時間はもちろん病棟生活全般において緊張が高まる日が続いた。病棟婦長と「認識の力が増してきた一方で、それを受け入れる器の容量が追いついていないのではないか？」という見解で一致する。アンテナが伸びて増大した情報量を処理仕切れずに混乱している姿ではないか。

(7) 第7期：一応の安定
(6月中旬～現在)

梅雨も本格的になり、「散歩で遊ぼう」の実施も難しくなる。屋内での学習に切り替える。病室から教室までの移動中は驚愕反応が数回発現するものの、暗幕を引いた薄暗い中で雑多な情報が遮断されるのか、落ち着いた面持ちで外界の変化を受け入れている。

「『頭部左回転時≠緊張時』。ほぼ左90°頭部回転時でさえ、視線を正面より更に左側に注ぐことが可。」(6/15記録)、「カエル人形を見て、ニコーと数度続けて笑う。」(6/17)、「始業の歌から目を覚ましストレッチの最中薄目を明けて周囲を伺う(追視もあり)。しかも、緊張もなく全身弛緩。」(6/23)

視性行動上の驚愕反応も第6期と比べて激減し、笑

顔や極めて穏やかな表情を浮かべる。また、5月上旬から開始した週1回の1校時目の授業での覚醒状態もよくなってきた。

屋外活動では、まぶしさが驚愕反応を招く。日傘で遮光しながら、いつもの木陰までの200mほどを約10分かけて散歩するが、往路を含め30分くらい戸外で過ごす、復路では日傘がなくてもまぶしさの加減で目を細めたり、あるいは閉じたりと調整を上手に行っている姿が見られる。

6. まとめと今後の課題

第1期から第7期にかけて一進一退しながらも、A男の視性行動は、頭部回転を含めた視野の広がりや、定位反応の切り替えの柔軟性を回復してきた。そこで、ここではA男の変容について整理をしたい。

(1) 医療処置との関連

抗てんかん剤が直接大脳皮質をはじめとする中枢神経系に影響を及ぼす以上、第2期以降のA男の変化の原因に調剤の影響を考えないわけにはいかない。調剤あるいは気道確保のための医療処置による身体の緊張緩和の結果、頭部回転のし易さをはじめとして、外界を視覚的にとらえる上である種の「ゆとり」が生まれたことは想像に難くない。しかし、それだけでA男の変化のすべてを説明し尽くすことも同様にできないのではない。後述する「外界との慣れ」に関連して、視刺激となる対象物の一定の整備が不十分ながらも功を奏していると考えられるからである。

(2) 外界との慣れ

片桐⁴⁾は、重障児に見られる定位反射の病態について「環境条件変化や働きかけに対する行動上のなんらかの対応的反応が観察される事例では、定位反射が高頻度に出現し、なかなか抑制されない(慣れが遅い)」という特徴が指摘される」とし、「基本的に、定位反射の選択的消去を実現する皮質機能の障害を反映したもの」と結論づけている。

A男の視性行動上の問題は、驚愕反応そのものということよりも、最初の定位反応から次なる定位反応への切り替えの困難さにあると言える。A男が低酸素脳症による器質障害を負っている以上、この困難さが片桐の指摘のように定位反応の選択的消去の障害に起因している可能性は大きい。

しかし、にもかかわらず、たとえば苦手だった「顔遊び」を受け入れることができるようになったことなど、明らかに変容が認められるのである。顔や頭に触れられる遊びでは、当初、触られること自体が「緊張」の原因だと考えていたのだが、A男の目が教師を注視している最中に、教師の手が本児の死角から接近し優しく触れる時は「緊張」しにくいことが分かった。つまり、眼前に接近する教師の手という視刺激に対す

る驚愕反応だったと推測されるのだ。これらの触れられる遊びあるいは顔の清拭は、上述したように、毎回同じ調子で、同じ歌いかけとともに継続してきた。その結果が、「笑いとも解釈できる表情」であるとしたら、外界との「慣れ」が成立したと考えられるのである。片桐の指摘は「『慣れ』が不可能である」と解釈すべきではなく、「『慣れ』にくいけど可能」と解釈されるべきであろう。

（３）時期区分について

指導の実態における時期区分は、訪問教育という指導形態で観察され得る限りにおいて、Ａ男の実態の変容と思われる視性行動反応を目安として設定した。しかし、鎌田の示した視性行動反応の道筋にもあるように、定位反応と防衛反射的の反応（驚愕反応）が混在して出現しているため、ある程度便宜的なものになってしまったことは否めない。

（４）仮説の検証 ～「驚愕反応」の再吟味～

Ａ男の極度の「緊張」を視性行動上の驚愕反応と位置付けて、指導並びに研究を実施してきた。この位置付けについては専門家の吟味を待つしかないが、少なくとも、驚愕反応がこの「緊張」の牽引車として一定の役割を果たしていることには、ある程度確信を得たつもりである。

ただし問題となってきたのは、特に視界の上方あるいは左側に対象物が消える際に示す緊張状態をも「驚愕反応」と見ることの妥当性である。Ａ男の眼窩正面に対象物が移り込んできた時に見せる緊張状態は「驚愕反応」と見ることができよう。第１期あるいは３学期当初に多く観察されたのはこれに該当する。しかし、現在はむしろ対象物が視界から消える時にのみ緊張状態が発現すると言っても過言ではない。緊張状態の誘因が変化してきているのである。ここでパウワウの指摘が有効となる。こう解釈できないか。すなわち、視覚定位した対象物が視界から消え去ることは、Ａ男の知覚の上では、対象物の外郭が解体したことと同一の現象を引き起こしたと見なすことはできないかということである。

いずれにしても「驚愕反応」の誘因が変化してきていることは、重要なことである。同時に、驚愕反応それ自体をなくすことではなく、それによって引き起こされる過度の体緊張を制御することを指導のねらいとして修正を加えなければならない。「外界との慣れ」はその意味で大切なキーワードとなった。

（５）能動性眼球運動について

中心窩正面に出現した対象物については、注視そして追視という定位反応が生じるが、それは受動的な眼球運動の範囲内である。探索活動である能動性眼球運動が発現するためには主体の探索意志とともに周辺視野に注意が向かなければならない。Ａ男がそこに課題を有しているとすれば、その段階を乗り越えた後に可能となる活動である。

現在第５期にあるＡ男は、例えば車椅子での移動中にそれまで左側前方の移り行く景色を見ていたのに、ふっと車椅子を押している正面の教師に視線を移すなどの行動が時折見られるようになっている。周辺視野に入った教師に「おや、誰だろう」という具合に能動的な眼球運動を伴って視覚定位したと考えるのは早計だろうか。

註及び引用文献

- 1) 片桐和雄「脳の構造と機能」 松野豊編著『障害児の発達神経心理学』 青木書店 1990年 p 17より引用。
- 2) 鎌田文聰「定位－探索反応の発生と発達」 松野編著 前掲書 p 110～118参照。
- 3) T. G. R. パウワー著 岡本夏木他訳『乳児の世界－認識の発生・その科学－』 ミネルヴァ書房 1979年 p 108より引用。パウワーは乳児の視知覚について、ゲシュタルト心理学の手法を用いて説明している。この実験の被検者は生後３週の乳児である。
- 4) 片桐「定位反射系活動の発達と障害」 松野編著 前掲書 p 103より引用。

③「あそび」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

平井 保

(佐野国際情報短期大学社会福祉学科教授)

今年度の全国訪問教育研究会全国大会において、初めて「あそび」の分科会が設けられたことは、訪問教育の充実を図る上で、大変意義のある企画であると思えた。

分科会では、鹿児島県立南薩養護学校生の淵之上格先生の丁寧な司会により進められ、まず、二人の方からの貴重な実践報告があった。

東京都立小平養護学校の松矢玲子先生からは、痙性四肢麻痺で、ファロー四徴症の5年間担当してきている5年生の子供への「おながくあそび」を通した指導経過、京都府立与謝の海養護学校の木下博美先生からは、高等部における25歳の生徒に対する同じような音楽を通した「あそび」の指導経過が報告された。

松矢玲子先生の報告は、主として、「わらべうたあそび」、「リズム遊び」「歌」や楽器に触れることを通して、子供の気持ちをなごませ、同時に、外界へ働きかけを促すことを指導の狙いとしたものであった。

木下博美先生は、伝統ある養護学校教育の実践の中から、脳性まひで、気管切開、筋緊張が強く、痛さも、かゆさも分からないと思われる重度・重複の生徒に対する取り組みについて報告された。

木下先生の報告の中で、生徒が、声を出せないが、カニューレの口に「竹笛」を当ててもらい、喉から息を吹くことで、自分の喉のところで鳴る音に、不思議そうな顔付きを示す生徒と先生も母親も共に喜び合う場面が心に残った。

二人の方の報告には、重度障害のある人に対して、音を楽しむ「あそび」について、いろいろな工夫を凝らした取り組みが共通にみられた。

分科会全体を通じて印象に残ったことは、まず、第一に、参加者からの質問や意見が活発に出されたことである。そこには、重度の障害がある人への「あそび」への誘いと「あそび」を通したかかわりの大切さを示しているように思えた。第二に、二人の報告者や分科会の参加者の話しに、自分がかかわっている障害のある子供の「あそび」をより豊かにしたいという気

持ちが溢れ、「あそび」の内容やあそび方についての情報や資料を求めている態度が共通にみられたことである。第三に、この分科会の参加者に、教員以外、重度・重複の障害のあるお子さんを養育されている保護者の方や、福祉施設等で障害のある人々にかかわっておられる方が多くみられたことである。

第四に、訪問教育の対象になる子供に対して、「あそび」を通した学習が、子供にとって、大変効果的な意味をもつものであることを期待している方が、多くみられたことである。

これらのことは、これまでの訪問教育に関する実践研究の課題に加えて、新しい実践研究の領域を開拓したことを示したものであり、大変喜ばしいことと思われた。

一般に、「あそび」のもつ特性、機能として、第一に、子供の心の緊張を解し、なごませる、第二に、人と触れ合い、コミュニケーションを深める、第三に、いろいろな体験を積むことができるなどが考えられるが、重度・重複の子供への教育的な取り組みについて考えると、この「あそび」を中心に継続した実践の研究が今後大いに期待されよう。

「あそび」は、それぞれの子供が持つ「生活文化」と位置付けて考えていくことができるのではないかと思う。

とりわけ、これら重度・重複の障害のある子供たちの学校教育修了後の日常生活のQOLを考えた場合、「あそび」は、どうしても欠かせない事柄であろう。従って、一人一人の子供の障害の特性と状況に即した「あそび」の内容と遊びの素材や道具についての配慮と工夫が一層大切になろう。

訪問教育を受けている重度・重複の障害のある子供に対しては、「あそび」を中心にした多様な教育的取り組みが今後とも多く展開され、この様な全国的な研究会で、それぞれの貴重な実践体験に関する情報が交換されて、共通な財産になることが今後ますます望まれよう。

M・Y君の「おんがく・あそび」を通しての考察

松矢玲子

東京都立小平養護学校

(〒187-0035 東京都小平市小川西町2-33-1)

1. はじめに

こぶし学級には、様々な発達段階の児童生徒が在籍しており、未分化な身体、感覚、情動の発達段階の児童生徒も登校してきている。その発達段階の児童生徒への音楽的な働きかけとして、系統的・集中的な教科としての「音楽」を位置づけることは難しい。こぶし学級では、音楽的要素を取り入れた主な授業として、「おんがくあそび」を設定している。MY君の大人との共感関係、「もっと～したい」等といった豊かな感性や意欲を引き出し、さらにMY君を深く理解していく手がかりとして「おんがくあそび」を通して考察していくことにした。「音（声）」、「音楽」と、MY君の実態把握及び発達段階との関わりについて、音楽的視点での検討を行った。

2. 「音」「音楽」とは

日常生活の中には、生活音や自然音、人の声等、さまざまな音が溢れている。普段、私たち大人が生活している中では、これらの音は雑音として聞き流し、あまり気にとめずに過ごしている場合が多い。しかし、私たちはそれらの雑音の中から、情報として必要だと思われる音を意識的、あるいは無意識的にとらえ、そこから様々な情報を得ている。（それらの音の中で、人が意識してとらえる音（声を含む）のことを、今後「音（声）」と表記する。）

一方、同じ「音（声）」の中でも、ある一定のルールをもち、意識的に奏される音の集まりがある。これが一般に「音楽」とよばれるものである。「音を楽しむ」という字の如く、「音楽」はリズムやメロディー、ハーモニー等、人に「快」を与える「音（声）」の配列から構成されている。だが、最もシンプルなたった一つの「音（声）」でも、それが人に聴かせるものとして意識して鳴らされ、人がその「音（声）」に耳を傾けるならば、その「音（声）」は「音楽」の素、始まりであるといえるだろう。その他、「音楽」には、演奏、楽器操作、歌唱、身体表現（リトミック的要素）など、様々な活動が含まれている。「音（声）」や「音楽」には人を揺さぶる要素が多々存在し、それは重い障害を持つ子ども達にも様々な気づきや満足感をもたらすものである。また、「音（声）」や「音楽」は、彼らにとって、重要な情報源でもある。

「音（声）」や「音楽」を通して、重度な障害を持

つ児童生徒が外界からの働きかけに気づき、それを受容し、表情や声、身体の動きなどで自分の情動を外へ表現していく力（自発性、自己表出、自己表現）をつけていくには、どうしたらよいのか。そのためには、それぞれの児童生徒の発達段階を踏まえながら、それぞれに適した教材や場面の設定を考えていかなければならない。未分化な身体、感覚、情動の発達段階にあると思われるMY君にとって、どのようなアプローチが必要なのか…そういった子ども達の手がかりの感覚の発達や「音（声）」のきこえについて調べながら、MY君について検討していくことにした。

3. 重度な障害を持つ子どもにとっての「音（声）」「音楽」のきこえ方について

未分化な身体、感覚、情動の発達段階にあると思われるMY君にとって、「音（声）」「音楽」はどのようにきこえているのだろうか。ここに興味深い文章がある。

『子ども達が音や音楽との出会いをもつということは、彼らが意識を傾けてそれを聴くときに生ずることである。単に音のある空間ににいるというだけでは、子どもと音との密な関係は生まれない。』
※参考文献（1）

未分化な身体、感覚、情動を持つ子ども達は、鳴っている音や音楽の中から自分の必要とする情報だけを選んで聴くことが難しく、全ての音が同じレベルで耳に入っているのではないかと、言われている（※参照）。

※幼児では、全ての音が同じように耳に入るといわれている。（音が脳に伝わる間の5つの中継点〔耳→台形体→外側毛体→下丘→内側膝状体、網様体〕が未発達なため、大人のように必要でない音を「聴かない」ようにする、ということができない。）
また、ひとつひとつの音を区分し、はっきりと脳がとらえられるようになるには、2歳くらいの成長と発達が必要と言われている。
※参考文献（2）

そのため、「音（声）」や「音楽」を児童生徒が受容し、情動をさらに外へ表出、表現していくには、集中できる「音（声）」「音楽」と、環境がなければならない。

MY君の病棟やこぶし学級など、日常生活における「音（声）」「音楽」に対しての様子から、彼の実態と課題を探ることにした。

3. M・Y君のプロフィールと身体状況等現在の様子
1989年2月18日生まれ。小学部四年生。男。診断名は無酸素性脳症後遺症（痙性四肢麻痺、精神運動発達遅滞）、極型ファロー四徴症術後、肺動脈閉鎖。

身長96cm、体重11.1kg。出生直後よりチアノーゼがあり、哺乳力不良だった。生後1か月のときに極型ファロー四徴症と診断され、手術を受ける。術後、呼吸不全、心不全のため、6カ月以上の呼吸管理を行う。90年6月肺炎のため入院。気管チューブトラブルのため無酸素性脳症となる。94年6月1日秋津療育園入園。95年4月小平養護学校小学部（「こぶし学級」）入学。＜健康状態、身体状況＞

- ・心疾患もあるため、基礎体力がなく、疲れやすい。徐々に体力も着いてきているようである。昨年度は風邪以外はほとんど欠席していないが、今年度当初、肺炎により欠席が長引いた。
- ・体温調節があまり上手ではなく、気温の上昇とともに体温も上がってしまう。対応として衣類の調節、教室の換気に配慮している。
- ・呼吸障害が見られる。舌根沈下を起こしやすく、下顎が下がっていて、日常的に喘鳴が聞こえる。下顎を押し上げると喘鳴が聞こえなくなり、呼吸状態が良くなる。また、ホッとため息をつくようにして、表情がやわらぐ。
- ・体の様子 頭部右回旋、右後頭扁平、左後頭部短縮、両側前腕回内、手関節掌屈、手指屈曲拘縮、両股関節脱臼（左＞右）、左膝過伸展、両足尖足。
- ・聴力 正常。大きな音や突発的な音に過敏に反応。
- ・視力 明暗の違いを感じとっている。フラッシュなどに敏感。部屋が暗くなると緊張することがある。呼びかけている大人や好きな友だちの声の方角、人や物の動きに目（顔）を向ける様子が見られる。側でじっと立っている人については、認知できない。
- ・自力での寝返りは難しいが、側臥位から腹臥位、仰臥位に向きをかえることがある。
- ・外部からの刺激（特に音）により緊張が入りやすい。反り返りの緊張が強い。
- ・体を緩めることに慣れてきた。左下側臥位で体幹を揺らすと全身の緊張が取れてくる。呼吸も楽になる。
- ・指、掌は常に掌握気味であるが、お湯に漬けるなどしながらゆっくり緊張をとると、開いてくる。

＜食機能、食事の様子＞

- ・舌の動き＝上下（＋）左右（－）
- ・舌突出＝取り込み時（＋＋）嚥下時（±）
- ・口唇閉鎖＝（－）
- ・体調がよく食欲がある時には、声かけやスプーンが

近づくとき口を開ける。

- ・嗜好がはっきりしている。嫌いな物（魚や青物など）はあまり食べたがらない。おやつなど甘い物は好きでよく食べる。
- ・水分摂取時（お茶、牛乳など）にむせることもある。ばさついたもの、青菜などでもむせることがある。
- ・学級では病棟からつけてきたオムツとズボンを学級で要したズボンとパンツにはきかえる。しびんによる時間排尿（9：15と10：20）を行っている。
- ・排尿の感覚を意識している。「おしっこ出ましたか？」と問いかけると声を出したり、体を動かして教えることが多い。2学期には、登級時の排尿で「おしっこでますか？」と聞くと返事をしないことがあり、「出ませんか？」と聞くと左腕を動かすことが多くなった。それでも心配でしびんをあてるが、結局出ないことが多くなり、「出る」「出ない」の表現がはっきりしているようだということが分かり、「出ない」時には、しびんをあてないことにした。その後、9月半ばに発熱などで体調が落ちてきたことがあり、3日ほど排尿を失敗したが、他は成功している。

＜認識面での様子＞

- ・大人とのゆったりした関わりは大好きで、笑顔や声が出る。また、好きな友達の泣き声や、笑い声を聴いて笑顔が出る。逆に、不愉快な声の時には眉にしわを寄せたり、緊張することがある。教室となりの病棟の特定の人の声に耳を傾け、警戒している様子が見られる。
- ・環境が変わるとその違いを意識している。表情が変わったり、時には緊張を強める。
- ・大きな音や突然の音に対しては敏感で、一度は緊張してしまうが、以前に比べ、いろいろな刺激を受け止められるようになってきた。新しく経験することを敏感に感じ取り、はじめは緊張するが、受容できることには笑顔が出るようになってきている。特に楽器類では顕著である。
- ・曲のリズム、メロディーの違いを感じ取っている。
- ・名前を呼ばれると意識し返事をしようとする。調子がよいときには意欲的に大きな口を開け、時には小さな声ではあるが返事をする。
- ・大人に抱かれている方が精神的にも安定し、リラックスする。慣れた環境の中では腹這い姿勢をとることで、自分から頭を上げて、声のする方に気持ちを向けようとする。

4. MY君の日常生活における「音（声）」に対する様子

MY君は、自分の家である秋津療育園の病棟の中で、多くの時間を過ごしている。病棟内でのMY君は実におしゃべりで、「アー」「キヤー」と大きな声を出し、笑顔で話している姿をよく見かける。

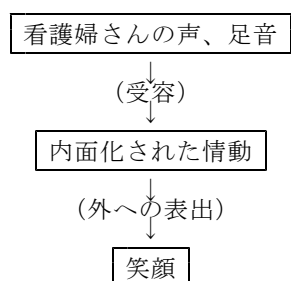
一方で、教室でのMY君は、隣の病棟にいる園生さんの扉を叩く音や声、教室での物音をはじめ、初めて聴く音等、様々な音に身体をピーンと突っぱらせ、緊張してしまうことが多かった。さらに散歩などで外へ出たときはなおのこと大緊張し、楽しめるという状況にはほど遠い状態であった。

このように、病棟での様子に比べると、学級では声も笑顔も少ない。MY君の生き活きた表情や表現が、より多くの場面で見られるようになるにはどうしたらよいのか。そこでまず、病棟と学級での、音に対するMY君の様子の違いについて考察してみることにした。

(1) 病棟 (MY君の日常生活の中心) での様子
◎生活音の中から、その「音 (声)」の違いや意味をよく聞き分けている。

ex. 担当看護婦さんの声、足音を遠くからでも聞き分け、笑顔になる。

[MY君の音のとらえと、心・表情の動き]



[考察]

- ・いつも側にいてくれる大人 (看護婦さん) の存在
→病棟内は、安心できる場である。
 - ・同じ様な体験を毎日繰り返すことで学習を積み重ね、その「音 (声)」や「音楽」の意味を理解している。
 - ・病棟内に存在する「音 (声)」 「音楽」は、ある程度決まったものであるため、彼にとっては理解しやすく、予測が付きやすい
 - ・まだ視覚的にも未分化な段階にあるMY君にとって、「音 (声)」 「音楽」は重要な情報源のひとつである。
- (2) こぶし学級、小平養護学校、公園等病棟外の様子
◎外には、病棟の中にはない、いろいろな情報があり、何が必要な情報なのかわかりづらい。→不安、緊張
そういった不安を乗り越え、様々な場面でMY君が自己表出、自己表現していくために、まずは病棟の次に安心できる「外」の社会、「こぶし学級」を中心に、次のような点が必要ではないかと考えた。
- ①信頼できる大人の存在が重要である。
 - ②ひとつの「音 (声)」、いろいろな種類の「音 (声)」 「音楽」をじっくり聴く経験の必要性。
 - ③様々な「音 (声)」 「音楽」の中から、MY君の琴線に触れるものを発見していくこと (=教員の課題)。
 - ④MY君が集中するための、「環境の整理」の重要性。
- 安心できる病棟の中だけでなく、MY君がさらに様々なことに気付き、外の世界との関わりを広げていく

ためにはどうしたらよいのか。「音 (声)」 「音楽」を通じてMY君の発達を促していくには、どのようなアプローチが必要なのか。さらに、未分化な発達段階の子どもの感覚の発達について調べることで、働きかけの課題を探ることにした。

5. 未分化な発達段階の子どもの感覚について

人間の感覚には、触覚、固有覚 (身体内部覚、深部覚)、前庭覚といった体性感覚系と、視覚、聴覚、味覚、嗅覚といった特殊感覚系とがある。聴覚を含む特殊感覚は、体性感覚系が成熟した上で発達すると言われており、未分化な発達段階にある子どもに対しては、触覚、固有覚、前庭覚に対して十分に働きかけなければならない。

[音楽的側面からの体性感覚系への働きかけ]

- ・前庭感覚 (重力、運動)
…揺れ、回転 (わらべうたあそび、シーツブランコなど)
- ・固有感覚 (身体内部覚、深部覚。筋肉や関節等)
…手首を振る、手足で床を叩く (太鼓、鈴、マラカスなど楽器を握って鳴らす)
- ・触覚 (皮膚感覚)
…物の硬さ、柔らかさ、振動等を肌で感じる。
(弦楽器、太鼓、打楽器等に触れる)

上の体性感覚系をベースに、
感覚運動…耳が音の動きに追従していく。追視、自発運動等が可能となってくる。

↓
人との関わり、聴いたものに対して発声しようとする。

知覚運動…耳が運動に同調しつつある。音源定位、目と手の協応が可能となってくる。

↓
大好きな歌や音楽が流れると身体を動かしたり、終わると動きをとめたりする。

貯蔵知覚… (動作模倣等) …ある程度繰り返された曲等を模倣して歌ったり演奏したりできる。

↓
テンポや強弱に合わせて楽器を演奏することが出来る。

対応知覚…即興的な曲のなかでも、模倣して歌ったり演奏したりできる。

↓
曲にあわせて手拍子、行進ができる。

象徴化 (ごっこあそび) …過去に聴いたり歌ったりした音楽を思い出し、ごっこあそびができる。

↓
リトミック的活動。

概念化…曲の内容を理解し、イメージをもって自分で表現する。

へと発達していく。

※参考文献 (3) ①②

6. MY君の音楽的視点からみた発達段階について (上記5. からの考察)

○MY君の身体状況、様子

緊張が高く、手足の能動的な動きは現在難しい。自力での移動は不可。前庭感覚、固有感覚、皮膚感覚といった各体性感覚系への刺激を受ける機会も少ない。

○「うた」とのかかわり（発声）

情緒的、身体的に安定し、「音（声）」「音楽」、人との関わりが楽しめている時、発声することが多い。（働きかけに対して、発声の芽生えができてきている。）

○楽器とのかかわり

手は握り込んでおり、意識的に身体を動かし操作することは難しい。人が意図的に関わり、「楽器（ラトル等）を握る」「太鼓の振動を感じる」等、介助。固有感覚や皮膚感覚を楽しむ段階と思われる。

○「音（声）」「音楽」等を聴くとき

- ・信頼できる大人の声に対し笑顔で応え、時には発声する。
- ・大好きな音、苦手な音がある。（まだ受容できる音は限られている面もあるが、徐々に広がりつつある。）
- ・苦手と思われる「音」でも、環境を整え、何回も繰り返し聞くことで受容できるようになるものもある。（生理的にダメな「音（声）」は除く）
- ・「音（声）」の受容で、動きが静止することが多い。（単一感覚の受容…2つ以上の感覚を同時に使うことはまだ難しい）
- ・音の後の「間」で笑顔、発声などの表現が見られることが多い。→「環境の整理」の必要性がある。
- ・好きな「音（声）」がすると、全身を緊張させて大きな口を開けて笑い、それに対して発声する。
- ・音源を探ろうとするような様子が見られつつある。

↓

- ・「感覚運動」の発達段階に達しようとしていると思われる。

以上のことを踏まえ、音楽的要素を中心にした「おんがくあそび」の目標、教材、内容、留意点を設定し、今年の授業を行っていくこととした。

7. MY君の「おんがくあそび」の目標について

- ・大人と豊かな関わりを結びながら、楽しむ
- ・好きな音や楽器を少しずつ増やしていく
- ・笑顔や発声、身体の動き等自己表出、自己表現の力をつける
- ・「もっとやりたい」といった欲求を表現していく力をつける→外への意思の伝達。能動的な動きの援助。
- ・情動の発散と高揚。（リズム遊びでの揺れ等）
- ・リラクゼーション。（ハンドベル、トーンチャイム

など）

[配慮事項]

- ・児童生徒が無理なく楽しめる姿勢や遊び方に配慮する。
- ・曲や遊びが終わった後の静かな「間」を大切にし、児童生徒の期待感や感情の表出を十分待つ。
- ・「音を聴く」時には、大人はしゃべらない。

8. MY君の今年度の音楽における様子について

（1）リズムあそび

♪あるいていこう♪

- ・「あくしゅ」が好きな言葉だと言うことがわかる（笑顔になる）。
- ・BGMのシンセの音がなく、大人の声だけの方が表情がよい。「あくしゅ」の言葉のあとに、「間」を作り、MY君の表現を待つようにした。この言葉が繰り返される毎に楽しさが増していく様子がある。
- ・「もっとやりたい？」の問いに、発声が出ることもある。

♪野原で手をたたけ♪他…

- ・リズムにのせて身体を軽く揺らすと笑顔になる。（揺れの大きさにも配慮する）
- ・「もっとやりたい？」という大人の問いに対して、ときおり発声が出る。

（2）ハンドベル、トーンチャイム

- ・腹臥位（最も楽な姿勢）で聴いている。
- ・静かな環境であること、大人の声が入らず、曲としても完成された物に近いこと、終わった後も静かな間があること等、集中出来る環境を整えるように配慮してきた。
- ・一心に音に耳を傾けている様子がみられる。好きな曲の途中や、曲の終わりの間で、顔や目を動かしたり、ため息をつく、笑う等の表現が増えてきた。
- ・ハンドベル…2学期「ジングルベル」が大変気に入り、曲の途中で笑うことが数回あった。同じ音の連続に、特に喜びを表現する。
- ・トーンチャイム…緊張も緩み、よりリラックスしている様子がうかがえる。音の質が柔らかく、ゆっくりと減衰していくタイプのものであること、曲のテンポ自体もゆったりしたものを選んでいるせいかな？（沖縄ソング「花」、「もろびとこぞりて」他）

（3）いろいろな音、音楽を聴こう（好きな音を探る）

- ・竹筒、スリットドラム、カリンバ等、合奏による即興演奏…腹臥位の姿勢では、上半身を緊張させるようにして、真剣に音に聴き入っている。演奏が終わり、静かな「間」がくると、笑顔になる。1つずつの楽器の音に絞り、好きな物をさがすと、竹筒の音色が最も表情が良かった（柔らかな低音。良く響く。）。音が繰り返される毎に、喜びが増していく様子が見られる。

- ・トロンボーン（屋外：全生園グラウンドにて）
- …車椅子の姿勢で。普段、車椅子にのり屋外へ行くと、姿勢の辛さや環境の変化に緊張していることが多く、あまり笑顔は見られないのだが、トロンボーン音を聴くと満面の笑顔がこぼれ、発声して喜んだ。曲よりも、一つの音のみで、あとに静かな「間」をつくると、よい表情がこぼれてくる。繰り返す毎に喜びが増していく様子が見られる。
- ・トーキングドラム・スリットドラム
- …ドラムの音のみでは、最初は口をすぼめ、「いや」な表情をすることが多い。音がする毎に上半身を緊張させ、聴き入る。回数を重ねて聴いていくと、少しずつ慣れてくる。トーキングドラムをひっくり返したときに、中の小石が「パラパラ」と落ちる音にも最初は緊張して口をすぼめていたが、10回程繰り返すと慣れてきて笑顔に変わった。太鼓をたたく音に大人の声をのせ、自分の名前や大好きな友達の名前を呼んでもらうと、その後の「間」でよく笑い、発声する。繰り返す毎に喜びが増してくる様子がある。特に少人数でじっくり大人や楽器の音と関わった時には、周りの友達の声にも喜ぶ様子も見られた。
- （４）みるきく＋おんがく「はたけのともだち」

※文化祭に向けての取り組み。絵本の読み聞かせから始まり、（３）「いろいろな音、音楽を聴こう（好きな音をさぐる）」の中で、児童生徒に受け入れられやすかった楽器を取り入れて行った。

○大人の声のみで絵本を読んだとき…

- ・ひとつひとつの台詞に首を持ち上げたり、目を動かしたりしながらよく聴き入る。
- ・気に入った擬声語に対して、笑顔と発声がある。繰り返すごとに、楽しさが増していく様子がある。

○楽器と人形を取り入れて行ったとき…

- ・ひとつひとつの台詞、楽器の音に対して首を持ち上げたり目を動かしたりしながらよく聴き入っている。
- ・トマトのキャッチボール（スライドホイッスル＋なべ）の場面が、もっとも笑顔と発声の見られた場面だった。繰り返す毎に楽しさが増していく様子があり、この場面はたつぷりと時間をとって行った。
- ・つるの場面（トーキングドラム）ではリズム音のみでは緊張気味だが、担任の先生の呼ぶ名前の声がリズムにのって聞こえてくると笑顔になり、発声する。
- ・友達の喜ぶ声に、笑顔になる。
- ・10近い場面があり、同じ数の楽器がでてきたが、ひとつひとつの場面あまり沢山の時間を取ることが出来ず、MY君の表情を引き出すところまでもっていくことが難しい場面もあった。MY君にとっては場面が多すぎたのかも知れない。また、登場する野菜や他の児童生徒など、もう少し情報整理の余地があったように思う。

9. まとめと今後に向けて

「おんがくあそび」では「音（声）」「音楽」を通して児童生徒の発達を促し、外への気付きや自己表出、自己表現を導きたいと考えながら授業を行ってきた。

今年度の研究、実践を通して特に気がつかされたことは、環境の整理や、「音（声）」や「音楽」の後の「間」を大切にする等の配慮によって、MY君の表情や様子がずいぶん違うことである。人との関わりあいや、「音（声）」「音楽」を通して感じたこと等を、今まで以上に様々な表情や発声で表現してくれるのである。好きな「音（声）」「音楽」の発見、その気持ちを笑顔や声で外へ発信し、表現していくこと、それに応えてくれる大人との豊かな関係の深まり、さらに友達の声に対しての笑顔等がそれである。これは、今年度の研究、実践で得ることができた、重要な側面の一つであった。

また一方で、情報や場面転換が多い授業場面も沢山あり、MY君が求める情報を、彼がしっかりと受けとめられるような時間や空間作りがもっと必要だということも実感させられた。これは、教室数などの問題から、発達段階の違う複数の児童生徒が同時に一つの教材で学習せざるを得ないことや、授業時間数が限られていること等、施設訪問学級の物理的な難しさを抱えつつも、今後改善していかなければならない課題である。また、彼の発達段階等について調べるなかで、必要なことがわかっていながらも授業にとりいれきれなかった要素なども多々あり、今後、さらに研究、実践を深めていきたいとおもっている。

さらに、MY君の健康、身体の状態に配慮しながらも、「もっとききたい、みたい」「もう1回やりたい」といった意欲を引き出し、外へ向かう力をつけるための教材や大人の関わり方の工夫等も、大きな課題である。今後もMY君の理解をさらに深めながら、「おんがくあそび」の他、「音（声）」「音楽」と切り離すことの出来ない「朝の会」「みるきく」等の他領域も含め、MY君が豊かな人格発達を遂げていくための授業づくりについて考えていきたい。

※参考文献

- （１）遠山文吉著「障害児にとって音（音楽）とは何か ～音楽療法の原点を考える～」
- （２）荒井良著「脳の発達と音」
- （３）①佐々木正美著：「子どもの心の発達と神経心理学 ～音楽療法への期待～」
②宇佐川浩著「感覚と運動の初期発達と療育」

※(1)(2)(3)①障害児の成長と音楽 音楽之友社編

④「集団授業づくり」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

養護学校教育義務制20年と訪問教育の授業づくり

玉村公二彦

(奈良教育大学教授)

1999年度は、障害の重い子どもの教育を受ける権利を制度的に確認した養護学校教育義務制実施から20年を迎えた年度でもある。このことは、養護学校教育義務制実施にともなって、訪問指導などの諸形態から発展した訪問教育が始まってから20周年を意味することでもある。1979年以降の養護学校教育の義務制を端緒ではあったが、その時点で完成されたものではなかった。この20年は、養護学校教育義務制の完全実施が制度的にも、運動的にも、実践的にも追求されてきたといえよう。

訪問教育の制度的整備も含めて、障害の重い子どもたちに対する教育実践を進めてきた養護学校の課題を具体的にあげれば、次のようなものが指摘し得るであろう。第一に、学校教育においては、「重度・重複」として包摂され、教育実践の指針となるような対象の把握を進める概念が確立されていない。従って、訪問教育も含めて障害の重い子どもたちの独自の教育年限の延長も含めた教育制度が整っているとはいえない。第二に、障害の最重度の子どもたちに対する教育指導のアプローチに付随する医療的ケアの問題など多様な問題が解決されずに残されている。また、第三に、実践的には経験が積み重ねられてきたが、教育内容・方法上の整理は今後の課題となっている。第四に、教育実践の進展の一方で、教職員の健康の問題が深刻となっている。教育実践をつくるための姿勢保持や移動介助などによる頸肩腕障害や腰痛など深刻な実態が明らかにされてきている。このような一つひとつの課題は、一般化して言えば、学校論、教育指導論、教育内容論、教師論などの分野に、障害の重い子どもたちの教育の独自性の解明を前提として、新しい分野をきりひらいて行く課題となっている。このような中で、訪問教育は、養護学校の地域配置などの実態が都道府県においてかなりの相違があり、様々な矛盾をも抱え込んでいる。

訪問教育における集団授業づくりは、在宅訪問教育における地域の学校との交流も含めた工夫、指導体制の複数化、スクーリングの取り組み、宿泊学習や修学旅行などの行事の取り組み、施設における集団授業づくりなど形態上の多様性を見て取ることができる。また、養護学校への通学を目標にしてのスクーリングなども活用した養護学校での集団的な教育経験を踏み固めていく取り組み、一人ひとりの子どもということだけではなく、地域の中の子どものとして、地域の社会資源を生かした教育実践の取り組みも展開されてきた。そこでは、訪問教育としてもできる限り子ども集団、教師集団を大切に、授業をつくりあげることが追求されてきたといえる。

1999年度の集団授業づくりの分科会では、「訪問教育における地域集団学習の取り組み」（鹿児島県立牧

之原養護学校）として、養護学校教育義務制20年の中での地域集団学習の蓄積の中で養護学校づくりへと結びついていった取り組みが報告された。この報告の意義は、訪問教育における集団授業づくりの蓄積が、子どもにとって楽しみな学校を呼び寄せることにつながっていったということに見られるように、養護学校づくりと密接に関わって展望をもって展開されたことであろう。ここに、地域や時代の課題を担うという訪問教育の先駆的な姿を見て取ることができる。養護学校教育義務制実施の時期につくられた肢体不自由養護学校などが施設に併設して建設された府県も多くある中で、今日のノーマライゼーションの流れの中で、今日的な養護学校の役割などの見直しと新たな再配置の動きが、訪問教育も含めた障害の重い子どもたちの教育実践の成果から問題提起されているともいえよう。養護学校づくりの歴史に照らせば、養護学校教育義務制の時期が第一期とすれば、後期中等教育としての高等部づくりの第二期を経て、地域にねざしつつ、障害をもつ子どもたちの生活の質を高め総合的な教育を実現するための養護学校の役割の再確認と再配置の時期を迎えているともいえよう。集団授業づくりの分科会レポートは、そのことを認識させてくれる貴重なレポートであったといえよう。

ところで、分科会討議の中で、訪問教育における集団授業づくりについての全国的な動向が話題となった。福島県ではスクーリング講師の制度が導入されてスクーリングに力がいれられている。また広島市での訪問が週3回と週1回のスクーリングという形で週4回の取り組みとなっているなどの紹介もあった。高等部での訪問教育の試行的実施などの進展の中で、訪問教育の取り組みも膨らみをもってくる方向も見えてきている。学校における教育的とりくみが集団を媒介として行われるとしても、教育実践には発達と育ちを見つめる教師の専門性と取り組みの系統性がなければならない。保護者も含めて障害の重い子の発達への願いを具体的に実現するものでなければならない。子どもたちにつけたい力を教師、そして保護者とも共同して探究し、教材の工夫、集団的な雰囲気、快適な状態を授業の中で実現することがますます重要となっているといえよう。

今日、例えば、学習指導要領の改訂にあたって、ようやく高等部の訪問教育の規定が整備され、試行的実施であったものから移行措置で高等部訪問教育が行えるようになった。障害の重い子どもたちへの教育実践の進展の蓄積をもとに、養護学校教育義務制実施の中で12年間を通した見通しをより明確にし、ノーマライゼーションの視点から、教育年限の延長も含めた障害の重い子どもたちの生活と教育の課題を掘り下げ、教育実践の発展させることを期待したい。

訪問教育における地域集団学習の取り組み

中島牧子

鹿児島県立牧之原養護学校

(〒899-4501 始良郡福山町福山6140-1)

はじめに

「学校に行きたい」「友だちに会いたい」「近くに学校があったらなあ」という思いを受けて、地域集団学習の取り組みを進めて8年が過ぎた。同地域に住む子どもたちが、地域内の公共施設に集まって、家庭内での教師と1対1の学習だけでは経験できない集団での学習に取り組む。それを、本校では地域集団学習と呼んでいる。

訪問教育を受けている子どもたちにとって、「学校」はとても遠いところにあっても、一番行きたいと願っている場所でもあると思う。友だちの存在、集団での学習、さまざまな行事。これまでの取り組みを振り返りながら、子どもたちにとっての「学校」、教師

が地域集団学習へ取り組む姿勢、そして家族の方々の思いを改めて見つめ直していきたい。

1. 地域集団学習の始まりとひろがり

(1) 本校訪問教育部の概要

本校は、県の西北部に位置し、北は大口市から南は曾於郡までの広い範囲を校区とする知的障害の養護学校で、小・中・高等部合わせて200名以上の児童・生徒が在籍する。現在、訪問教育学級には、小学部12名、中学部8名、高等部5名の計25名（在宅：20名、施設：5名）が在籍しており、10名の職員（常勤7名、非常勤3名）が担当している。

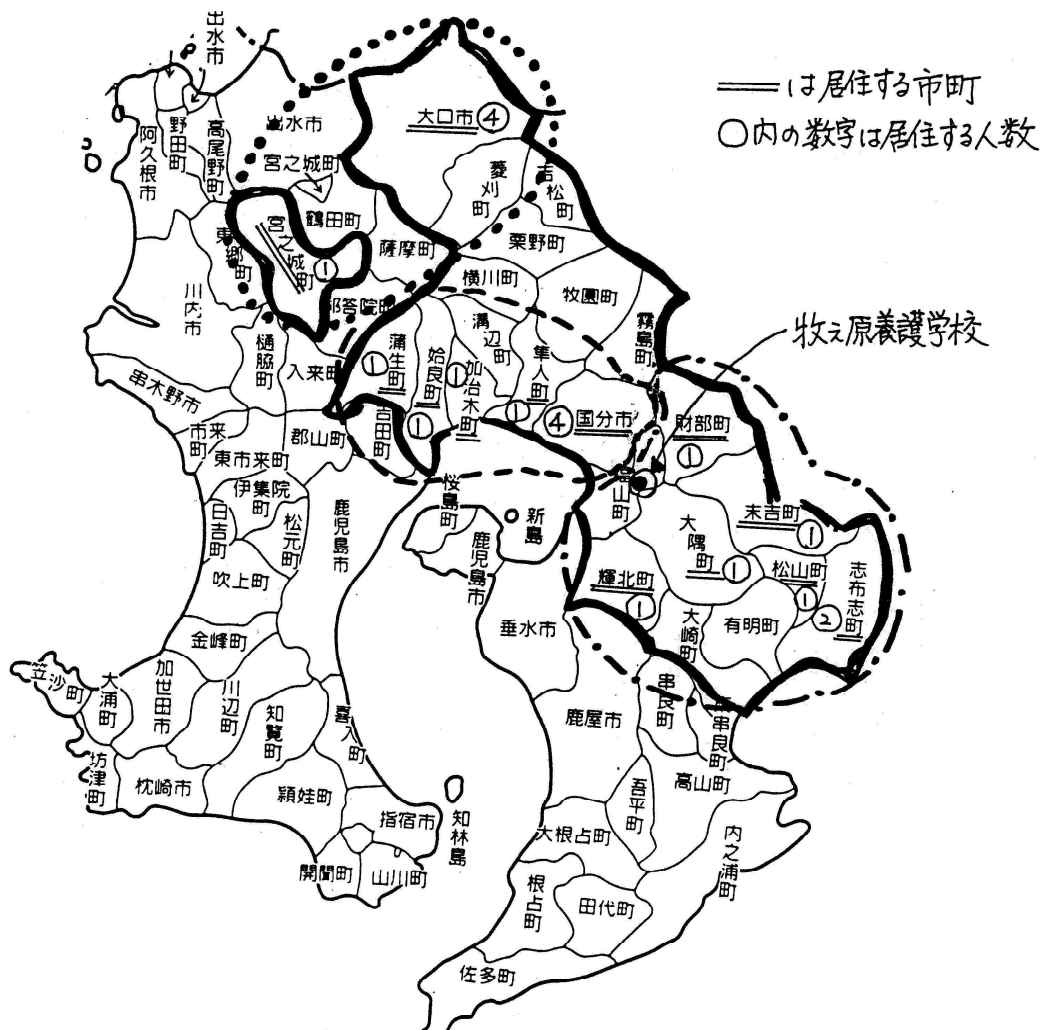


図 牧之原養護学校の訪問先

授業時数については、年間35週以上にわたって計画し、週3回、1回当たり2単位時間の計6時間を標準としているが、児童・生徒の実態に応じて、週2回から4回の授業を設定している。

授業形態として、在宅、施設での個別学習の他に、集団での学習の場を保障するように工夫している。

集団学習	全員対象、月1回学校行事中心
スクーリング	定 期：12名、週1回
	特別枠：3名、週1回
地域集団学習	大口地区：5名、毎週木曜 始良地区：8名、毎週木曜 曾於地区：7名、毎週金曜 オレンジ学園：5名、毎週水曜

Y児の時間割

	火	水	木	金
午前		スクーリング		在 宅
午後	在 宅		地域集団	

(2) 始まりは大口地区

大口は、学校まで約70km（車で2時間程度）という遠いところに位置し、学校での学習に気軽に参加できない状況である。しかし、集団の場の保障、在宅では経験できない学習内容や多くの経験が必要な子どもたちばかりであった。

「集団の場が何とかほしい」という願いを何とか実現したいと思っていたころ、大口駅跡に「大口ふれあいセンター」というコミュニティーホールが完成した。3人の子どもたちの自宅と同じ出張起点であったことを利用し、初の合同学習が成立した。集まって学習してみると「自分の家でやるよりにぎやかで楽しい」「お母さん同士の話もでき、また行ってみよう」といった声が聞かれるようになった。起点の違う子どもたちも“自主参加”という形で集いはじめ、大口での地域集団学習が軌道に乗った。

また、このころ大口では、平成元年から始まった養護学校設置運動も地域を巻き込んで大きな声になりつつあり、小さなふれあいが地域に広がっていくことになった。

この取り組みは、学部便りや研究紀要などで紹介していき、他の地域でも希望する声が聞かれ始めた。同じスタイルで他の地域も楽しい学習を行うようになっていったが、訪問担当者講習会でもその取り組みを発表して、県にも認めてもらい、起点が違って同じ地域なら1カ所に集まっての授業が可能になった。また就学奨励費（交通費）の支給も保障されるようになった。

2. 地域集団学習の実際「曾於地区」地域集団学習計画(1) はじめに

昨年度から、週1回程度の地域集団学習を本格的に実施してきている。曾於郡内には、比較的元気な子どもが多く、学校でのスクーリングや集団学習にも参加率が高い。そこで、本年度ももっと身近な小集団での学習を積極的に取り入れていくことにした。

(2) ねらい

家庭の中だけでは、また、教師と1対1のかかわりだけでは経験できないような、広い場所や道具等を使った学習やダイナミックな学習を取り入れていきたい。同時に、友だちとのかかわりの中で、友だちの存在を知り、友だち関係を育み、簡単なルールを身につけていってほしい。地域の施設を使用することによって、公共施設の使用の仕方を知るとともに、地域の方々とのふれあいの場となればと思っている。

(3) 実施にあたって

地域集団学習をするにあたっては、以下の点に特に留意しながら進めていきたい。

- 児童・生徒の健康状態に十分に留意する。参加にあたっては、家庭や医療機関との連携を図りながら、無理のない参加体制をとる。
- 場所は、大隅町岩川の『弥五郎伝説の里』を借用し、地域行政・福祉機関との連携を図りながら地域の方々の理解と協力を得られるように心がける。
- 保護者同士の親睦を大切にし、家庭間のつながりをとっていく。
- 指導者同士の事前の打ち合わせを密に行い、役割分担や安全面での留意事項等を明らかにしていく。

(4) 対象児童・生徒と指導者

学年	児童・生徒名	居住地	指導者	備 考
小1	〇〇 清太郎	財部町	中道	月1、2回
小2	〇〇 智美	輝北町	北尾	状況に応じて
小3	〇〇 健太	末吉町	北尾	
小5	〇〇 麻美	松山町	中道	状況に応じて
中2	〇 ひとみ	志布志町	中道	
中3	〇〇 公洋	志布志町	西園	
中3	〇〇 美保	大隅町	西園	
高2	〇〇 真俊	末吉町	尾上	4/22 他界

(5) 場所

『弥五郎伝説の里』健康ふれあい館

曾於群大隅町岩川5718番地1

(TEL)0994-82-0080

(FAX)0994-82-6544

(6) 緊急時の対応（医療機関との連携）

医療法人 愛誠会 昭南病院＜岩川町＞
(TEL)0994-82-0622

(7) 年間計画（案）

＜1学期＞

月	日	曜	主 な 内 容
4	1 6	金	始まりの式
	2 3	金	学校一日遠足
	3 0	金	春の遊び
5	7	金	地集遠足（松山町運動公園）
	1 4	金	春の遊び
	2 1	金	春の遊び
	2 8	金	温浴訓練①（テ・イ・ビ・センター）
6	4	金	光・音遊び
	1 1	金	誕生会＜調理学習＞
	1 8	金	光・音遊び
7	2	金	岩川中学校との交流（お楽しみ会）
	7	水	温浴訓練②
	1 6	金	1学期終業式

＜2学期＞

月	日	曜	主 な 学 習
9	3	金	2学期始業式
	1 0	金	誕生会＜調理学習＞
	1 7	金	岩川中学校との交流（運動遊び）
	2 4	金	温浴訓練③
10	1	金	秋をさがそう
	8	金	↓
	1 5	金	↓
	2 2	金	誕生会＜調理実習＞
	2 9	金	温浴訓練④
11	1 2	金	誕生会＜調理実習＞
	2 6	金	温浴訓練⑤
12	3	金	年の暮れ
	1 0	金	
	1 7	金	岩川中学校との交流（クリスマス会）

＜3学期＞

月	日	曜	主 な 学 習
1	1 4	金	誕生会＜調理実習＞
	2 1	金	伝承遊び
	2 8	金	↓
2	2	水	岩川中学校との交流（節分）
	1 8	金	誕生会＜調理実習＞
	2 5	金	共同製作
3	3	金	岩川中学校との交流（ひな祭り）
	1 0	金	お別れ遠足
	1 7	金	温浴訓練⑥
	2 2	水	終わりの式

3. 成果と課題

これまで述べてきたように、地域集団学習は各地域で定着してきており、学習内容も年々広がってきている。しかし、毎年多くの反省や課題が挙げられ、今後さらに充実させていく必要がある。地域集団学習を実施して子どもたちにとって、保護者にとって、教師にとって、子どもを取り巻く環境にとって、どのような成果が上げられ、課題が残っているのかをまとめてみたい。

(1) 子どもたちにとって

距離・施設面においては、居住地に近い施設を利用していることから、学校に通学するよりも短い時間で学習に参加でき、無駄な体力を消耗することなく、気分的にも楽に参加することができる。また、施設にはいろいろな機能を持った部屋や機材があり、在宅学習とは違ったさまざまな内容の学習をすることができる。

この子どもたちにとっては家の外に出ることだけでも大きな喜びである。たくさんの友だちや教師と会い、在宅学習ではできないことをみんなで楽しく学習することで、生活経験を広げ、大きな満足感を味わえる。

また、3～4名の小集団で友だちを意識しながら学習ができ、友だちが活動する様子を見て、さらに意欲を出し、いつもよりも身体を動かしたり声を出したりすることがある。

やり方さえ工夫すれば何でもできる子どもたちは体力的にも全日教育を受けられる子どもがたくさんいる。

(2) 保護者にとって

地域集団学習に通学し、我が子が集団の中でさまざまな学習をし、楽しんでいる姿を目の当たりにして、「この子ども学校に通わせたい」「もっといろいろなことを経験させたい」という思いが強くなってきた。一人ひとりの保護者のそのような思いが1つになり、地域の中で自分たちが置かれている状況や課題点などを共通理解したうえで、身近に養護学校や肢体不自由児学級を設置するための学習や運動を進めていくきっかけにもなっている。

他の子どもたちと触れ合うことにより我が子のことも客観的に見ることができるようになり、今まで気づけなかった我が子の良さや可能性に気づくことにもつながった。

同じ地域に住んでいながら、他の保護者となかなか会うことも話すこともない状況であったが、定期的に会うようになり、地域の福祉や利用できる制度についての情報交換をしたり、お互いの悩みを相談できるようになってきた。

(3) 教師にとって

平成9年度から在宅の授業回数が週3回に増え、スクーリング以外に地域集団学習でも1人の担任が1回の指導で2名以上の児童生徒の指導に当たって授業回数を保障し、時数を調整できるようになった。教師にとっても子どもと同じことが言え、在宅指導では難しい大きな遊具や施設を利用しての内容などを安全面に留意しながら取り入れることができるまた、複数の教師で指導に当たることから、児童生徒の実態を複数の目で捉えることができ、より細かな指導目標を立てたり共通理解することができる。それにより、年度がかわっても地域集団学習の中で指導に当たりながら引継をすることもできる。

教員の訪問し同経験にばらつきがあり、集団で指導することにより、指導内容や教材教具の研修をし、在宅指導に生かしていく研修の場にもなっている。

しかし、どの地域も毎週1回の地域集団学習を行っているが、その他の指導の準備や移動時間、事務処理などに時間がかかったり、1人の教師が2地区以上の担当をしており、担当の教師がそろって毎回の指導計画や指導後の反省を話し合う時間が十分にとれていないのが現状である。このような状態の中で実施しなければならず、されてしまっていることも、今後改善していかなければならない課題である。

(4) 子どもを取り巻く環境にとって

利用させていただいている施設をはじめ、その地域の教育委員会や社会福祉協議会、福祉サービスや保健婦さん、医療機関などとも連携をとりながら実施している。地域に住む障害を持った子どもたちについて、本校の訪問教育についてもっと理解してもらえるよう努力している。そして、地域の中にこのような子どもたちを受け入れられる学校や教室を設置していこうという考えを持って、環境を整えてもらいながら、障害児教育さらには卒業後のあり方についても考えてもらいたい。医療機関と医療機関とも、子どもたちの状態を理解し、いろいろな面で指導していただくと共に、指導内容についても助言していただいたり緊急時の対応をお願いしたりしている。曾於地区では、同地区の中学校の総合学級の生徒との交流学习を地域集団学習の中で行っており、他の子どもたちと触れ合う機会になっている。

おわりに

各地域に通える学校があれば、この指導形態はなかった。しかし、厳しい勤務状態の中でも工夫して行っており、さまざまな成果が得られている。また、「地域」というものに常に直接かかわることができ、さまざまな面で考え、取り組むことのできる機会になっている。

⑤「教育条件整備」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

加藤忠雄
(福井大学教授)

私は今回久しぶりに本分科会の共同研究者となりました。従来から関心のある分科会であり、興味深く出席しました。

出席者は司会、共同研究者（2名）を含み13名、地元鹿児島、愛知、三重、京都、東京、大阪等の各地から参加しました。

レポートは1本「見えた見えたよ、すばらしい世界が」（奈良）と「訪問教育の高等部に入学して」とする三重の過年度入学生（その後死去）の保護者の方の文章（手紙文）の説明がありました。

分科会は、各人の問題意識を含む自己紹介から始まり、続いてレポート発表が行われ、討議へ進みました。

レポートは、34歳になる既卒者の高等部入学とその後の学習の様子を示すものでした。

レポート、文章説明はいずれも高等部に関するもの、また参加者の中にも高等部に関心を持つ人もあったため、高等部の話題から出発しました。

論議は、始まったばかりの高等部訪問について、訪問回数や訪問担当者（専・兼任、複数訪問等）等、その実態と、義務制と同様それらをどう充実させるかについて、また福祉サービスについても話し合われました。筆者が考えるに、高等部訪問教育は確かに、始まったばかりなので当面、義務制と同様の諸点について深めることが必要ですが、迫っている卒業後のことを考えるならば、福祉等教育以外の諸社会的サービスについてももっと論議を進めることが必要であると思います。

この福祉サービス等については義務制段階においても現在よりも論議が行われる必要があると考えます。

論議の後半は、高等部問題に限らず訪問教育全般について話し合われました。

話題は、スクーリング、交通手段（特に「公用車」をめぐる）、専・兼任等についてでした。

スクーリングについては、従来は保護者による送迎が圧倒的でしたが、最近ではホームヘルパーによるもの、福祉タクシーによるもの等が出てきました。保護

者に完全に依存しない方法が始められたことは大変良いことですが、しかしこれらの制度が、「予約制」等の制約により、十分に役立っていない面もあるようです。

スクーリングについては、しばしば回数の多さが問題とされますが、筆者は、その回数ばかりを問題にすることなく、**訪問教育の基本的弱点がスクーリングによってどれだけ補い得るのか**をさらに考え、深める必要があると考えます。

交通手段の問題は訪問教育の条件を考える際に不可欠のものです。論議は「公用車」に集中しました。

訪問教育における交通手段の問題は、手段、手当、維持・償却費、等多岐にわたり、訪問教育に関する根本問題の一つです。「公用車」という方法が一つの方向を示すものの、現状では最善でないことは明らかです。

交通手段のあり方については、全訪研として、調査をはじめさらに積極的に取り組む必要があると考えます。

専・兼任の問題も、近年、対象児（者）減少の傾向から、各地で生じています。

この問題はその特質が事例によって著しく異なり、原則性を立てることが困難です。

しかし何よりも学校の全教職員に訪問教育について認識・理解されることが最も必要であり、このことが専任であれ、兼任であれ訪問教育および通学生教育をスムーズに行うこと的前提になると思われます。

したがって、訪問担当者は訪問教育状況について出来るだけ丁寧に学内に伝える努力をすべきではないでしょうか。また学内の諸情報も得る努力をすべきではないでしょうか。

今回の本分科会は共同研究者加藤の準備の不十分さもあるが、分科会を系統的に運営することとならず、問題（課題）をやや散漫に話し合ったように思われます。今後は問題解決の方向も視野に入れながら、さらに建設的な話し合いをするよう心がけて行きたいと思っています。

猪狩恵美子

(東京都立小平養護学校教諭)

奈良・明日香養護学校から、15年の空白期間を乗り越えてたくましく学ぶ既卒者・T青年の高等部生活が報告された。人間の限らない発達を高らかに謳い上げると同時に、「なぜ彼が訪問教育なのか」、僻地という地域的制約はあるにしろ、訪問教育の現状を鋭く提起してもある。選挙権の行使、治らないといわれてあきらめていた白内障の手術、コンサートや外出、自己PRの「風」新聞の発行での地域との交流—今まで蓄えていた力を花開かせながら生活・権利の主体として再び学び始めたT君が今後、いかに地域の中で生活を充実させていけるか—高等部の教育は卒後の生活へと視野を広げていく。何才になっても学び発達することは限らない喜びであり権利であることを改めて確信させられる報告だ。既卒者の受入れは順調に進んでいるわけではない。私たちは再度「地道に高等部実現の成果を既卒者のみなさんに届けきること」「青年の学びへの願いにしっかりと応える教育内容を用意すること」を課題として胸に刻む必要がある。

本分科会で今回出された定数・授業日数・交通手段等は話せば尽きない、古くて新しい課題である。高等部訪問教育はいよいよ本格実施を迎えるが、訪問教育全体では条件整備の据え置きや「自治体の自主性尊重」の名のもとに地域格差の拡大が進行することが懸念される。今回も「総体的な教育条件の劣悪さ」「地域差」の両面が痛感されたが、この点で「条件整備に責任を持てる全訪研」が実践に裏付けされたヴィジョンを示していくことが期待される。高等部訪問実現の時に保護者のみなさんが「生まれた場所によって命の重みがちがう」ことに心底、怒りをもって全国で手をつながれたことを思い起こし、通学であろうと訪問であろうと遜色のない豊かな学校生活をしっかりと子どもたちに贈りたいものである。

今回、話された中から課題を整理してみたい。

①定数問題の緊急性

定数問題は授業日数、教育内容・方法に及ぶ重要な条件である。奈良県では子ども2人で教員1人という配当を実現、僻地を含み全県をカバーするということを配慮している。担任(週2回)と副担任(週1回)が訪問、月1回は週2回にし内1回は複数訪問にしている。僻地の場合は、まる1日で1回にみなされている。しかし、出張旅費の総枠はいじれず複数訪問を増やす等には限界がある。○施設と在宅を合わせて算定

(岩手)○小中合わせ算定、高等部や離島は非常勤で生徒減で時数カット、年度途中の受入れは空きがなくできない。高等部は訪問のない週や2回の週も組み予算枠に収める(鹿児島)。教員配置の比率と非常勤採用を子どもの権利と教職員の権利の両面から見る必要があるだろう。

②長距離訪問・交通費と交通手段

車での訪問は一切認められず、交通の便が悪い地域では公共交通での訪問が実質不可能で心身と経済的負担が未解決(東京)等、訪問の基本となる「足」問題が持ち越されている点は重大である。特に予算削減の中で旅費が不足し、柔軟な訪問指導ができないという問題が広がっている。旅費不足は、出張扱いができずスクーリングの送迎援助が公的にできない・複数訪問や回数増ができない—など①に加えて教育条件を悪化させている。

③校内との連携(兼任・専任、複数訪問)

大阪から兼任・専任の話題が提起された。訪問も通学も一緒に学級編制しているが、メリットと共に、指導体制が複雑で校内から複数の教員が抜ける問題等、全校の手不足の中で複雑な運営を組む悩みが出された。今後の訪問教育のありかたをめぐる議論として深めることが必要である。子どもたちの指導を中心に据え、専門的で豊かな教育活動をどう組織するかという課題である。専門性の確保と程遠い教育条件の現実の中で、担任集団で月曜午前に全員で文献学習やビデオでの事例研究なども盛り込んで指導計画の作成から展開へと充実させ、スクーリングを生かして実地研修も行っている(鹿児島)報告は重要なとりくみである。

今回、寄宿舍指導員の方から提起された、寄宿舍にはிரたい重度の子を受け止めきれない問題は討議はできなかったが、遠距離通学の解消だけでなく教育的役割も含め訪問教育の側からも考えてみる必要があるだろう。訪問教育独自の条件整備の検討と同時に教育全体の中で訪問教育を考える視点が今後、重要と思われる。訪問教育の制度的位置づけがやっと明確にされようとする現在、学校教育全体ではスリム化が進行しようとしている。こうした中で、訪問教育からの発信は、「子どもにとっての学校」をめぐる議論を子どもの立場で深めていく一助にもなるだろう。

見えた読みえたよ すばらしい世界が

～既卒者教育の成果～

上田 緑

奈良県立明日香養護学校

(〒634-0141 奈良県高市郡明日香村川原410)

1. はじめに

本生徒は、現在34歳の青年です。過年度生の高等部入学の特例として、昨年入学が許可されました。奈良県では、親の熱い運動により1988年（S63）に訪問形態での後期中等教育の保障（高等部の設置）が実現しています。しかし、過年度生については、卒業年度に制限があり、彼の高等部入学の希望はかないませんでした。その後10年の歳月が過ぎ、やっと希望がかないました。入学からこの1年間の取り組みをまとめてみました。

2. 高等部入学までの記録

（1）障害名 脳性まひによる体幹機能障害

先天性白内障（両目0.005）

（2）生育歴

1965年（S40）4月生、血液不適合による核黄疸

1969年（S44）4歳 国立療養所入所

8カ月で帰宅、以後在宅

1971年（S46）6歳 就学猶予・免除で在宅

1979年（S54）14歳

義務教育実施で、訪問教育小学部6年生に在籍

（居住地が僻地のため、通学実現せず）

1980（S55）15歳 中学部入学

1983（S58）18歳 中学部卒業

以後全くの在宅になる

5年ほど前に父親が亡くなり、母と兄（軽度の知的障害）の3人暮らし。近くに住む伯父夫婦が援助してくれる。昼間はひとりで家にいることがほとんど。

1998（H6）33歳 訪問高等部1年入学

3. 生徒の実態

（1）日常生活

移動 いざり移動。膝立ちはできるが、長くて1分ほど維持できるぐらい。

食事 全介助。刻み食だが、食事中にせき込むことが多い。今まで母と伯父だけが介助していた。

排泄 全介助。シビン、椅子式トイレ。

更衣 全介助。

投薬 抗けいれん剤（現在発作はない）

（2）学習

100までの数唱はできるが概念としての数は不確かである。色、形、大小、長短、高低など視力の影響や経験不足でははっきりと認識できていない。テレビやラジオ等からの情報はほぼ理解し、政治経済、環境問題、歴史などの話題で話ができる。構音障害があるので聞き取りにくい。簡単な文章は綴ることはできる。

写真 花瓶をつくりました

4. 高等部1年の記録

内 容	1 学期	2 学期	3 学期	2 年 1 学期
健康管理 医療機関との連携	天川診療所 月 1 回 の往診 「保健」の学習	眼科の診察を勧める →	診察、白内障手術、 視力改善	→定期診察 学習 意欲大 歯科検診、治療
趣味・創作	民話、歴史に興味を 持ち、本や新聞記事 などから知識を得る 歌作り 作文 調理実習	歴史の本 文化祭劇発表の練習 ケーキ、パンづくり 曲づくり、絵画	百人一首	紙粘土の花瓶づく り クッキーづくり 手元を見てデジタ ルパーカッション 法律、福祉の学習
外出・社会参加	役場（教育長、福祉 課、社教） 参議院選挙の不在者 投票 買い物 村主催のグランドゴ ルフ大会	公共交通機関の利用 （初めての電車体 験） 公共施設の利用（博 物館見学）	遠距離外出（大阪コ ンサート）	歌舞伎鑑賞 海遊館見学 視力の改善で 「今までと見え方 が違う」と本人の 言葉
地域とのつながり	新聞の記事からの情 報収集	新聞づくり→風新聞 発行→役場、近所、 学校などに配る	風新聞の発行部数が 増える→小学校が全 児童に配布してくれ る。PTAから働きか け。小学生の記事。	記事の充実 ボランティア募集 の記事、車いすか ら見た公共施設 小学校との交流
卒業後の 生活を考える	社教への働きかけ ヘルパー制度利用 （月 2 回入浴） ボランティアへの呼 びかけ	ショートステイや施 設の話をする（親、 本人） 福祉課への働きかけ	より介助してもらい やすいようにするた めにはということ で、排泄、食事の見 直し	療 護 施 設 の 見 学 （親子） 体験入所（ショ－ トステイ）を勧め る。夏休み中に実 施予定。

5. まとめ

今まで、家の中だけで、家族との関わりがだけがほとんどだった彼の生活が、訪問教育の高等部を受けるようになり、大きく変化した。できるだけ外出の機会を増やし、社会参加し、地域の人たちとのつながりをもつことで、改めて自分自身を見直すことができただろう。自分の気持ちを家族以外の人に伝えることの難

しさも、痛感しているようだ。

中学部卒業後、15年間の空白はあったが、あらためて高等部の3年間の保障され、これからの自分の生活を見通していく力をつけていく大事な3年間になっている。残りの1年半を有意義にし、卒業後の生活につなげていきたい。

『風』新聞

一号

一九九八年九月二十八日発行

発行責任者 平 幸典 〒727-0293 鳥取県大子町中野
 〇七〇七・五三・〇五五三

こんにちは

大子町中野に住んでいる 平 幸典です。
 貴校は、はるかなる家の中で送っていますが、最近、外
 出する機会も増えました。

それは僕が十五年前にうけていた明日香看護学校の高
 等部で今年の春、入学できたからです。今いろいろなこ
 とを勉強しています。週一回の訪問日は、先生といっし
 くに、新聞を読むことから始めますが、知らなかつたこ
 と、びっくりするようなことなど、いづれわくわくしな
 がら読んでもらっています。今度は、みんなに楽しんで
 読んでもらえるような新聞を作つて見ようと、「風新聞」
 も、発行しました。

皆さん、読んでくださいね。そしてご意見、ご感想を
 お寄せください。待つています。
 どうぞお願いします。



僕のあれこれ

一六六五年（昭和四十年）四月三日生

おひつじ座の三十三歳

趣味は、音楽鑑賞、
 特に洋楽新曲（チンペイ）のファンです。
 お酒は、少々ならOK、いつでも飲んでもいいです。
 夢は、旅行に行つて海外旅行に行くこと。実現
 させたいなあ。



初体験！

看護課程習得者（7月9日）の
 就職に行きました。

看護課程の修得を卒業に迎えてもらつたら、就職先と
 看護院の役割を教えてもらつたりしました。自分でも関
 心をもつてみたり、テレビを眺めたり見たりしました。
 若スカーを見に行きました。更紗日にはいっただろ、若
 スカーが車椅子からは、見えにくかつたです。不在者報
 告の当日、足を二階層の看護所へ連れて行ってもらいま
 した。校務所では、緊張して眠がでないので他の人がた
 いへん困っていました。どうなることかと心配しました
 が、手を上げることでようやく隣の人に分かつてもらえ
 て、仕事をお願いしました。
 ありよかつた！



⑥「病気療養児の教育について」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

谷川弘治

(西南女学院大学保健福祉学部講師)

筆者は、今日の病弱教育実践は少なくとも次の4つの様式に基づいて行われていると考えている。

1つは、「従来型」というべきもので、療養に伴う独自の教育課題を盛り込みながら、学力の獲得と人格形成という通常教育目標の達成をめざす教育指導、援助の実践である。「治療指示の自己管理能力」、「生きる力」をはぐくむ教育実践として定式化されてきた。2つは、「問題志向型」というべきもので、ある入院期間に解決すべき問題または解決しうる問題など、当面の問題解決に重点をおく教育指導、援助の実践である。とくに入院治療に伴う苦悩への対処を援助することに焦点があてられることが多い。学習や集団活動の機能が通常とは異なるものとなる。3つは、「サポート・ネットワーキング型」というべきもので、周囲の力に依拠し、最大限に引き出そうとするものである。これら3つは、1人の対象に対して、療養の局面によって重点が遷移しつつ、相補的に機能すると考えられる。

4つ目は、「相談・コーディネート型」というべきもので、地域を対象とする教育相談活動における援助的かわりを基本に、社会資源との連絡調整を図ろうとするものである。

今回、訪問教育実践に関する2つのレポートが発表されたが、いずれも「問題志向型」の傾向を有する実践事例と考えることができる。

二階堂先生のターミナル期のケースレポートは、「集団学習に参加させ、健康な子どもと変わらない体験をさせたい」という母親の姿勢に支えられながら、指導の場として訪問学級だけでなく、一度も行ったことがない地元の小学校に外泊時に通えるよう連絡・調整を図ったものである。その意味で、サポート・ネットワーキングを行った実践でもある。

中藤先生の訪問教育を実施する本校へのスクーリングの実践は、病院ではない「学校の教室」で勉強する経験を提供し、また行きたいという期待を育てるという。ここでのスクーリングは、通信教育のそれとはかなり意味が異なる。入院中であるからこそその意味付けがなされている。小中学校の院内学級における本校の行事参加に機能的に近いものといえる。何にどのような参加するか、本人ないし保護者との十分な協議が前提となる。

討議の中では、2つの訪問教育が、1病院に固定した

訪問であるのか、多病院への時々の訪問であるのかによって、訪問教育への意識も大きく異なってくることを考えさせられた。病院が固定された常駐型に近い訪問教育では、常駐しながら自宅訪問などのフレキシブルな対応ができ、同じ常駐型の小中学校の院内学級に比べると条件が良い。一方、多病院を1教員が訪問するスタイルは、対象とじっくり関われないという困難を抱える。

「教員の常駐」を原則とし、①常駐できない訪問教育を減らす教員配置を検討する、②医療の特殊性に伴う教育的ニーズ（ベッドサイド学習、自宅訪問など）に対応できる教員配置の実現により訪問と小中学校の格差を無くすなどが課題である。事例として、院内学級を開設した後も養護学校からの訪問教育を継続したケースが紹介された。ベッドサイド学習は「重度重複学級」として認定を受けるという考えもある。しかし、現状の制度を組み合わせるという考えで問題を抜本的に改善できるだろうか。通常、自治体は義務的で必要最小限の条件については整備を行う。このような問題は、従来より指摘されてきた。このあたりで、再度、根本的な制度改善のありかたについて、研究会として検討すべきではないか。今回の討議をうかがいながら、その思いを強く持った。

入院治療に伴う苦悩を乗り越える教育実践については、「主体性の回復」という視点から、遊びの中でできないことを行うごっこ遊びや食事作りなどの意義が指摘された。「できないことをするふり」は、それを好ましく思う本人や保護者と、好ましく思わない本人や保護者がいることについて、または、食事が食べられないときに食べられない子どもの参加をどう進めるかなど、実践手続き上の問題が若干指摘された。このような本人と保護者の思いを考慮した実践の進め方については、議論が不十分であった。無意識のうちに集団の雰囲気などを把握され、配慮されているように思われたが、問題志向型、サポートネットワーキング型実践では、これらの参加手続き論を含む、方法・技術論研究が不可欠である。

その他、成人した人々との交流や子どもの死を語る場など、病弱教育の課題に応える多様な「場」を設ける必要はないだろうか。ぜひ検討していただきたい。

■発表レポート

長期入院している子供たちの生活の質を充実させるための試み

～子供たちが生き生きと輝いていられるために～

二階堂紀子

北海道手稲養護学校

(〒006-0041 北海道札幌市手稲区金山1条1丁目2-3)

1. はじめに

私たちがかわる子供たちは、病気が重く、治療が困難である。子供たちの毎日は病気の症状や治療や検査などで、痛かったり、つらかったりの連続である。しかし、この子供たちに必要なことは、病気の治療だけではない。学童期、思春期を生きる発達途中の人間である。健康なら当然のようにいろいろな体験をし、目を輝かせて活動しているように、入院していても同じように生き生きと過ごしてほしい。そのための支援が私たちの役割である。

2. 子供の実態

私たちの病院の訪問学級は、平成8年10月に「入院していても教育を」と願う白血病の子供を持つ母親の願いにより開級した。在籍した子供たちの内、2/3が小児がんである。医学の進歩により小児がんの治療率は著しく向上しているものの残念ながらターミナル期を迎える子供もいる。

治療は、嘔吐や脱毛、倦怠感、免疫力の低下など、副作用を伴い、また、骨髄穿刺の検査などもつらく厳しいものであり、しかも6ヵ月から1年にも及ぶ。

しかしながら体調のいいときには、病室から離れ「学校へ行くこと」を楽しみしてくれている。体調不良のときでもベッドサイドでのかかわりを望んでいる。

ほかに、呼吸器を着けていたり運動機能に障害があるため、日常的に場所を移動させて学習することが難しい子供もいる。多動や学習遅滞を伴うため1対1でのかかわりを必要とする子供もいる。拒食症や不登校の子供など心理的な配慮を必要とする子供もいる。

3. 教育目標

- (1) 病気に負けない強い精神力を培い、病院生活を積極的・自主的に過ごす力をつける。
- (2) 教材を精選し、基礎学力をつける。
- (3) 集団生活の中で、相手の立場に立って考えられる子供を育てる。
- (4) 学習や遊びを通して、自主性や協調性を育てる。

4. 学級経営の具体的指導

週6時間の指導時間の中で、5時間は小学生は国語と算数を中心に、中学生は英語と数学を中心にした教

科の学習を行い、1時間はほかの教科の内容や季節の行事を取り入れ、楽しむことに重点を置いた特別活動の時間として設定している。

また、子供たちの病状や実態に合わせた学習形態を取っている。

(1) 集団学習

体調のいい時にはプレールームなどへ集まって学習をする。朝の会や休み時間にはみんなでカードゲームをしたり、集団ならではの取り組みをしている。

(2) ベッドサイド学習

体調が不良でも学習が可能な子供や、骨髄移植後の子供にはこの形態で学習する。

また、退院後の自宅療養中には必要に応じて在宅訪問を実施している。

5. 実践事例『ターミナル期を迎えた子供の指導』

(1) 対象児童 Iちゃん（急性骨髄性白血病）

(2) 対象児童の全体像

3歳で発病。回復し退院となったが6歳の1月に再発。4月に病院で入学式を迎え、骨髄移植を目指して治療を受けていたが、10月に中枢神経へ侵潤。翌年1月にターミナル期にあると、母親から担任に告げられる。

(3) 指導目標

全体の教育目標に加え、特にターミナル期にあることから生きている間になるべくたくさんの経験をさせたい。残された時間を生き生きと過ごさせたい。

(4) 指導内容

①教科の学習

②学校行事への参加

給食模擬店 雪祭り見学 動物園へ遠足

③K小学校での体験

病院で入学式を迎えた本児にとって、一番行かせたい学校は、病気にならなかつたら行っていた学校、病気が治れば行くはずだった学校であった。何とか一度でも行かせてあげたかった。しかし、このような場合、事故のあったときの責任問題について懸念し許可されないことが多い。

今回は、本校の教頭や主治医の協力、母親の熱意がK小学校の校長を動かし「ここの地に生まれた子です」と言っていただけるに至った。主治医はその

ころ治療をして体調を整え外泊をさせ、生きている間に、なるべく家庭で過ごさせるようにしていた。外泊時に体調をみながら、K小学校へ何回か行くことができ、うれしい様子を伝えてくれた。

④ I ちゃんの最期

病院では訪問学級のみならず、外泊のときはK小学校で楽しく元気に過ごすことが多かったのもうこのままよくなってくれるかと思えてきた。

しかし、外泊から帰ってきたIちゃんの熱が下がり、個室へ移されるという事態になった。あんなに元気はつらつとしていたIちゃんが、再びIVHをつけられ点滴を再開し、血圧や心臓の動きを見るモニターに囲まれ、酸素マスクをつけられていた。覚悟していたとは言え、そんな様子に会うのは、とてもつらかった。私の動揺をIちゃんに悟られないように、いつものようなやりとりをしようと肝に命じた。どんなときでもIちゃんは、「一緒に勉強したい」と言ってくれた。Iちゃんが望むなら、こんな様子になっても、変わらずその気持ちを支えていかなければならないと思った。

「泣かない、明るく、いつものように」と自分に言い聞かせ、個室のドアをノックすると母親がすぐに出てこられた。目は泣き腫らしていた。子供の前では泣かない強い人のはずだった。Iちゃんは肩で息をして呼吸が浅く、室内は涼しいくらいなのに汗をたくさんかいていた。畳んだ掛け布団を背もたれにしてベッドの上に座り「酸素マスクのゴムが嫌だ」と母親を困らせていた。学習を進めるうちに、だんだん元気になってきて「宿題も出して」と言う。

次の日、Iちゃんの好きな工作の用意をしていく。病室には家族全員がいた。Iちゃんはお父さんが大好きで、前の外泊のときは、K小学校へ行くとは言わず花づくりをしているお父さんの手伝いを一日中していたそう。実際にはこれが最後の外泊となった。Iちゃんは大きくなったらケーキ屋さんになりたいと言っていた。隣はお父さんの花屋さんで、配達途中に寄ってもらっておいしいケーキとコーヒーのセットをご馳走するのだと言っていた。

Iちゃんの希望により3人で学習を始める。起き上がるのはつらそうで、寝たままでお父さんに手伝っていただいて作業をした。作品が出来上がり、たくさんの短い物語を読んであげ、たくさんの歌を歌って聞かせた。目が半分閉じてきたので「Iちゃん、眠いなら勉強おしまいにしようか」と聞くと、うなずいたので「また後でね」と言うと目が全部閉じた。

次の日、意識がもうろうとする中「薬を飲んでない」と叫んだそう。お父さんがストローでお茶を飲ませて間もなく、息を引き取ったそう。

亡くなった知らせを受け、駆けつけた霊安室のIちゃんは一段高いところに横になっていた。白い布

を取らせてもらい、顔を見るとIちゃんは微笑んでいるようだった。「Iちゃん」と呼んでみた。最後の授業の日、握り締めたかった小さな手を、両手で包んで、もう一度「Iちゃん」と呼んでみた。

通夜では弔辞を読ませていただいた。病院でのIちゃんがどんな様子で頑張っていたかをみんなに聞いてもらいたかった。告別式では、出棺の前に、花を一輪渡され、Iちゃんの顔にもう一度会った。変わらず笑顔だった。Iちゃんがあと少しで、火葬にふされてしまうのかと思うと、かわいそうでならなかった。

出棺になり、Iちゃんの村の消防の人たちが制服姿で列になり、敬礼をして見送ってくださった。こんな暖かい村にIちゃん生まれ、育ち、村を挙げて見送ってもらったのだ。Iちゃんが広いこの村に広がり、天へ昇っていくような感じがした。

⑤ まとめ

ターミナル期の子供とかかわるとき「死」についてどう接したらいいのだろうか。

以前に亡くなったDくんは、危ない状況になってからかなりの日数を生きることができた。体が痩せて衰弱してきても、母親は自分の子供が死んでしまうとは思わなかった。Dくんは、モニターの音が自分の命の音のようで、夜になって静かになると「母さん」と呼んだそう。病室への訪問は「おはよう、元気？」の声がけだけは欠かさないようにしてきたが、それもつらいらしかった。「まだ生きているのか」と確認されているように感じたのかもしれない。誰も「死」を口にしなかった。誰も「死」の不安を取り除いてあげることをしなかった。担任は「この子はきっとよくなる」と信じている母親の気持ちに寄り添っていた。亡くなった次の日「Dくんは自宅の近くの病院に転院しました」と、訪問学級のほかの子供たちに知らせた。Dくんと同じ病気で戦っている子供たちに不安を与えないための配慮である。一緒に長い間勉強してきた仲間が、最後どんなに頑張ったのか、どんなふうになくなっていったのか何も知らさなかった。子供たちを傷つけないように「死」について周りの大人全員で口を閉ざしていた。

Iちゃんの場合にも、やはり「死」について話すことはなかった。しかし、母親からターミナル期にあることを知らされていたので「K小学校へ行かせてあげたい」という願いを叶えることができた。また、Iちゃんが比較的元気であったため、学校行事にも参加できたし、外泊を楽しむこともできた。充実した最期であったと思う。

その子によって、人生の終わり方に違いはあるが、親の願いや医師の考えや本人の希望に添った形でのターミナル期の過ごし方について、支援していかなければならないと思う。

6. おわりに

私たちの実践にあたっては、病院関係者には業務の多忙な中、多大なる協力をいただいていた。婦長さんからの提案により、定期的に会議の場を設定していただけるようになり、より豊かで安全な実践をすることができるようになった。また、看護婦さんとの共同研究の申し入れがあり、同じ立場に立ってQOLの向上を目指し、子供にかかわるという姿勢に感謝したい。

2人の子供でスタートした病院の訪問学級は、最高15人まで増えた。婦長さんや母親や子供たちのたくさん信頼を受け、大きくなってきたことをうれしく思うとともにこれからも信頼に応えていけるよう努力をしていかなければならない。

また、開級当時、6ヵ月以上の長期入院の子供が対象であったが、最近では1ヵ月でも受け入れていいことになり短期の入退院を繰り返す難病の子供たちにも学習を保障できるようになってきた。

より一層の環境整備のために、訪問学級から院内学級への移行を考えがちである。しかし、一様にはそう断言できない。

Fさんは「今日、学校行かないからね」と言う。「私の病気、一生治らないの」と毛布をかぶって泣いている。病気のせいでまぶたが下がってきて、人前には出たくないらしい。この子の気持ちを立て直さないと教科の学習などではしれない。

治療のために髪の毛が抜けたり、嘔吐に苦しんだ数ヵ月後に足の手術をし、車いすが必要になったEさんは、やはり「学校、行かない」と言う。母親は「足の不自由さから、ひきこもる子になってほしくない」との思いから、何が何でも学校へ行かせようとする。とうとう喧嘩のようになり、お母さんは病棟を出て行ってしまった。Eさんは「学校行かないんだもん。どこへも行かないんだもん。どうでもいいんだもん。動けなくなったっていいんだもん」と毛布をかぶって泣きだした。私は「誰よりもEちゃんが元気になってくれることを願っているのはお母さんなんだよ」などと説得しているうちに泣き声になってしまい、Eちゃんの泣き声が笑い声に変わった。

Gさんは治療が始まり、ベッドの上で「気持ち悪

い」と泣いていた。胸に温湿布をしてもらい「気持ち悪いの治る点滴して」と、看護婦さんやお母さんを困らせていた。それでも私に側にいてほしいというので、本など読み聞かせていると「その続き知ってる、こうでしょ」と、か細い声でつぶやく。だんだんと元気になってきて起き上がってワークを3ページもしてしまった。

院内学級にしまうと、このような子供たちへの個別の対応はできなくなってしまうかもしれない。

Hくんは、朝、病室へ行くと、靴下を履いて、スリッパから上靴に履き替え、名札をして、点滴棒にカバンを下げ、学校へ行く準備をしていた。病室の人たちに「いってきます」と言い、お母さんたちに「頑張って勉強しておいでね、いってらっしゃい」と見送ってもらう。すぐそこのプレイルームに行くだけなのに。「学校へ行くこと」を一日の中で一番楽しみにしていた。

Jくんは、中学生なので、午後のクラスで学習していた。朝、病室をのぞくと具合悪そうにベッドに横になっていた。吐き気が強いらしく、顔色もよくない。それでも「先生、俺、昼から学校行くからね」と言うのだ。見事、学習時間までに、表情が引き締まり、カバンを持って歩けるまでになっていた。

このような子供たちのために、病室から離れみんな楽しく学習できる場も必要なのである。もし、ほかの科も含めた院内学級になってしまった場合、免疫力の低下する子供は、登校できなくなってしまうのである。

小児がんの子供たちの最期に会い「この子のために私たちができることは一体何だろうか。教育は、病気を治すことができないじゃないか」という無力感で一杯になった。しかし、もし限られた命であれば、その期間を、生き生きと過ごさせてあげる助けになれる。気持ちがふさぎ込んだ子供に笑顔を取りもどす助けになれる。

子供はどんなときにも、生き生きとして輝いた表情をしてほしい。私たちは、そのためのわずかな助けになればいいと思う。



⑦「医療的ケアが必要な子の教育保障」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

山田章弘

(前神奈川県立三ツ境養護学校校長)

1. 訪問教育担当者の姿勢

発表1. 島根県立松江清心養護学校 訪問教育グループ
「医療的ケアを必要とする子どもたちの教育について」

発表2. 神奈川県立座間養護学校 小吹順子先生

「神奈川県における医療的ケアの現状」

(1) 子らへの想いの深さ

どちらの発表にも、先生方のこの子らへの慈しむような深い想いが見られ、とても嬉しかったです。松江清心養の、気管切開、人工呼吸器を装着したY君を、医師や病棟の看護婦さんの協力を得て、校外学習「堀川遊覧」を実現するまでの様子と、当日のY君の表情が報告されましたが、どんな子にも、出来るかぎりのことを、子どもの喜ぶ微かな笑みに期待して努力される姿に、感心しました。

(2) 訪問教育担任希望と学級編制

学校の中ではまだまだ進んで担任を希望する方は少ないと思います。訪問教育部として学部とは別個にしているところが多いのではないのでしょうか。訪問教育を受けている児童生徒がスクーリングで登校したときには、どのクラスに入るのでしょうか。訪問部の子もだけでスクーリングをするのでしょうか。それぞれの子どもの学年のクラスに入ることを基本にする必要はないのでしょうか。訪問部の子もそのクラスの子であり、友だちである意識づくりがあり、担任も訪問担当を主に決めていても学年の担任の中に常に訪問教育も視野に入れておく体制づくりが必要であると思います。そのことによって訪問教育の担任希望も増えてくるのではないかと思います。訪問部の子の様子を学部の中に報告することも大切なことと考えます。

(3) コーディネーターとしての役割

在宅訪問教育を受けている子らの状態を考えると、子どものことだけでなく保護者のことも深く考えていることと思いますが、主治医のこと、訪問看護婦さんとのこと、保健婦さんとのこと、児童相談所のケースワーカーとのこと等、関連したことへの関わりが多いことと思います。保護者の悩みを聞き、子どもの健康状態に係わることなど、コーディネーターとしての役割があります。

2. 医療的ケアについて

(1) 医療的ケアについて学校の中では、教師がやるべきかどうか、始めの議論になるところが多いです。なぜでしょう。「医療的ケアを必要とする子への教育（養護学校教育）は何か。」の発想にいかないのでしょうか。「どのような子にも教育は必要である。」と

の基本理念が確立されていないところに混乱が生じるのです。目の前の子に教育を全うするために、その子がより良い生き方が出来るために教師として何をすべきかが問われることです。

身体づくりは教育の基本ですし、医療的ケアの必要な子には、教師だけではその子のより良く生きることを援助できない内容についての条件整備を求めていることが教師としての仕事ではないのでしょうか。藤井寺養護の先生から、食べること、寝ること、排泄すること、呼吸すること等は、医療の課題でもあるが、教育の課題でもあるとの発言があつて、ここの話し合いの深みが増していったことと感じます。

(2) 教師も「医療的ケアは教育の内容ではないよ。」校長も「医療より教育をしたいよ。」行政の人もお医者さんの仕事でしょ。」と発言しています。子どもは学校に来て目の前にいるのです。まず、このままでは命を守ってやれないことを解ってもらい必要があるのです。次に、子どもの日常の健康状態がどのようなことなのか。また、緊急時にはどのようなことをまずしなければならぬのか等、研修が必要です。子どもの健康状態と危険な状態を具体的に、一般の人にも解ってもらえる資料が必要です。校長だから、行政だから「分からない」と固定観念だけでとらえるのではなく、同僚にも丹念に根気よく説明していく必要があります。訴える資料づくりにも工夫が必要です。

3. 人が人として生きる

「こんめえうま」という歌を唄って閉じました。どんな気持ちで聞いてくださったでしょう。白けた空気も感じられましたが「人格があるのだろうか。」と思われるこの子たちも、心の奥で「こんめえ馬だちゅうてばかにすんでねえや、今にみろでかくなって…」とつぶやいているのではないかと思うのです。子らの見えない声に想いを馳せて、一人の人間として、一寸でも生きていて良かったといえる条件整備を、一つ一つ積み重ねていってやりたいと思うのです。「堀川遊覧」に心をくだく先生方が増えることを願わずにはられません。

人間の品性とはどういうことでしょうか。澄んだ眼差し、人をじっとみているところ、傍にいたこちらが癒される姿、品のある微かな笑み。どちらが人として大人なのかと思わざるを得ません。この人たちの人としての凄さを伝えることもわたしたちの仕事の一つなのではないでしょうか。

江川文誠

(十愛病院、神奈川県立養護学校重度・重複障害児担当医師)

1. 分科会報告

◇正念場にさしかかった医療的ケア問題

文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」が全国10県で行われている最中、訪問教育研究会の医療的ケアの分科会が行われた。子どもが今必要としているケアをいわば先駆的に担ってきた訪問教育担当者から、ここ十数年来のいわゆる「医療的ケア問題」はまさに正念場に差し掛かっているという認識が聞かれた。

現在の「医療的ケア問題」はともするとその対象者が多いとされる養護学校等での問題に矮小化されてきた、しかし文部省の研究テーマの文言も「特殊教育における…」となっている点を改めて認識する必要がある。養護学校のみが医療との関係を充実しても、地域の多くの学校や訪問教育の場面で同じように横たわる「医療的ケア問題」の解決には結びつかないという認識を先ずまっさきに抱くのが訪問教育に携わる先生方である。訪問教育関係者は、特にこの点に注目して成り行きに主体者としてのかかわりを続ける必要がある。

◇校外学習へ視野をひろげよう

具体的には、今議論されている「医療的ケア」の実施方法を検討する際に、「校外学習」「宿泊学習」「修学旅行」「訪問教育」の各場面での取り組みの案を含めるように発言をすべきである。現在の教育の場面ではこれら校外学習なしに教育実践が成り立たないからである。そしてなによりも訪問籍の子どもたちにとって教師と1対1になる訪問の場面での「医療的ケア問題」が解決しない限り、何の進歩にもならないからである。

特に、訪問学級が知的障害児養護学校に所属する場合には、現在進められている研究のモデル校が全国的に肢体不自由児養護学校にかたよっている点に注意が必要である。ともするとともに医療的ケアと密接な関係にある訪問籍の子どもが、そのような制度的な便宜性のもとに切り捨てられることのないように、これもまた主体者として発言をするべきである。

2. 神奈川の今

◇看護婦配置の研究

私の属する神奈川県での取り組みについて、特に上記の点について現在どのような検討を行っているのかについて、この場を借りて現状報告する。

神奈川県は横浜や東京に遅れをとりながらも、医療との連携を常に念頭におきながら「職員の医療研修」「校内医療検討委員会の設置」「重度・重複障害児担当医制度」「修学旅行医師付き添い制度」をおこなってきた。その立場で今回の文部省の研究を受け、今年度初めてM養護学校に看護婦を2名配置して研究をはじめたところである。現時点ではいままでは程度行ってきた教員の実践を維持しながら、看護婦の参加の形態、役割分担等について実践研究をおこなっている。

◇ガイドラインの作成

一方、委託研究の研究班では、法的な根拠のつめ、医師会や看護協会との連携の検討、看護職員の配置の検討、保健室業務との関連の検討を行うとともに、もっとも現場に直結した問題として医療的ケアの実施にかかわるガイドラインの作成を行っている最中である。現場でのコンセンサス作りを重要視してきた神奈川県的方式に一定のガイドラインを提示することはおそろしく議論が起きることが必至であろうが、あえてガイドライン策定に踏み出すにいたった理由を以下に述べる。

第一に、医療的ケアの内容の広がりである。いわゆる医療的ケアの具体的内容として文部省の研究実施要綱に示されているのは以下のとおりである。

① 咽頭より手前の吸引

② 咳や嘔吐、喘鳴などの問題のない児童・生徒で、留置されている管からの注入による経管栄養

③ 自己導尿の補助

確かにこの3項目は全国共通に問題点として浮き彫りになっている事項ではあるが、神奈川県も含まれる首都圏では、重症心身障害児をこえた「超重症児」という新しい範疇に入る児童・生徒が実際に在学しているため、さらに項目を増やして検討をする必要が生じている。たとえば呼吸障害への排痰補助、気管切開のケア、在宅酸素療法、在宅人工呼吸器療法等についてである。

第二に、県が進めてきた医療的ケアの試行（県は国のゴーサインがでるまでの間のこれらの問題への取り組みを試行として位置付けていた。）が各学校ごとに行われていたために、たとえば経管栄養からの注入内容の差、吸引器の利用の仕方の違いなどに学校差が生じていた。その格差に対してある程度の基準を設ける必要が出てきたのである。

第三に、年々新しい医療的ケアの内容が出現する状況があり、それに対応するために、現時点で考えられる医療的ケアを網羅的に検討する必要が生じた。この点についてはさらに、一度ガイドラインを策定しても毎年、その内容を検討する必要があるとの認識では一致し、本研究終了後もガイドライン検討を継続する方向で調整中である。

◇教育形態の場合分け

医療的ケアはまた、次のような場合分け毎の検討が同時に必要である。

平常授業（校内）：これは看護婦資格をもつものが同じ校内にいるという前提での医療的ケアの実施者の検討である。具体的には①看護婦（資格があるもの）が行える範囲。②養護教諭が行える範囲。③研修を受けた教員が行える範囲。④一般の教員が行える範囲について各項目について検討を加えている。

校外学習：これは平常授業以外の形態での教育活動で、具体的には（ア）看護婦が帯同した場合、（イ）養護教諭が帯同した場合、（ウ）教員の場合、（エ）修学旅行等に医師が帯同した場合についてそれぞれ①～④までを検討している。在宅での訪問教育は（ウ）に該当する。

以上のように、各種の医療的ケアの内容を縦軸に、教育の形態による場合分けを横軸にして検討を行っている。

◇これから

教育（特に特殊教育）の場面に医療のサポートが必要なことは、もう誰も否定し得ないことがらとなってきた感がある。教育には教育の文化があろうが、医療という文化圏に院内学級が広がりつつある現在、教育の側だけがかたくなに他の業種の参加を拒否する時代は過ぎ去りつつあるし、過ぎ去らなければならない。教育を受ける権利をもった子は同時に医療を受ける権利ももっているからである。

現在各県で検討されている「医療的ケア問題」への対応のなかで医療側のスタッフを今後どのように教育が利用してゆくかを考えたとき。一部の問題が集中している学校の問題にこれらスタッフを閉じ込めないで、広く障害をもつ子ども全般のサポート体制へと発展させてゆくの、この先5年10年の新たな目標となる。そのために第一線でこの問題に取り組んでいる先生方、またなんらかのきっかけでこの問題にかかわることになった医療側のスタッフがそれぞれの立場での新たな展開を模索するべきであると考えます。

医療的ケアを必要とする子どもたちの教育について

吉田明・楠仁子・内田祥治・藤原優子・中澤淳・泉真理・石原真季子

島根県立松江清心養護学校 訪問グループ

(〒690-0864 島根県松江市東生馬町15-1)

1. はじめに

『子どもたちがかわれば、その求められているものも変わっているはずです。それぞれの先生が受け持たれたお子さんの必要とされることを先生方の立場で考えて保障してあげて欲しいのです。それは「命を守る」ということに参画して欲しいということです。姿勢を変えること、体を動かすことは、障害の重い子どもさんであればあるほど、即、生命的な危険になるわけです。そういうメカニズムを知って関わっていただきたい。そういうことをベースにした上で、子どもたちが輝くような時間を過ごして欲しいのです。』

これは、東京小児療育病院長鈴木康之先生の提言です。本稿で紹介する事例は、まさにその一言一言をあらためて痛感させられるものでした。経過と若干の考察を述べたいと思います。

2. 事例1 人工呼吸器

Yくん（小学部6年）は呼吸中枢の障害による呼吸障害があり、気管切開をしています。普段日中は自発呼吸で過ごしていますが、体調のすぐれない時や夜間は自発呼吸が困難になるため人工呼吸器を装着しています。起きているときには、1時間に1回以上の気管内吸引が必要です。食事は、経管栄養で行っています。

(1) 「堀川めぐり」実施に向けて

Yくんが外出するためには、医療的ケアと呼吸管理の問題から医師と病棟の看護婦さんの協力が必要でした。ですから、今年度の早い時期から10月に堀川遊覧（船旅）を企画していることを病棟のスタッフに話したり、実施に向けて少しずつ主治医に相談したりして来ました。9月末に最終的に実施できるかどうか日赤の小児科部長、主治医、その他の医師、担当看護婦と訪問主任、Yくんの担任2人で話し合いを行いました。こうしていよいよYくんの堀川遊覧が実施できることになり、病院側と学校側が何を準備しなければならないか確認しあい、本格的な準備がスタートしました。

(2) 「堀川めぐり」当日

乗船場では、訪問学級の友だちや、お母さん、たくさんの先生達が迎えてくれ、一緒に舟に乗り込み、1時間の堀川の旅を楽しみました。久しぶりの外出で緊張したのか呼吸の状態はよくありませんでしたが、主治医にアンビューバッグで呼吸介助をされて

顔色もよく気持ちよさそうにしていました。まぶしい木漏れ日に目を細めたり、橋をくぐるときには急に暗くなって驚いたように目を大きく開けたり、みんなの笑い声を聞いてほほ笑んだりいろいろな表情を見せてくれました。

(3) 本校と日赤との連携

日赤での本校の訪問教育はYくんの入学から始まり、本年度で6年目になります。3年前からは病気療養児の訪問教育も始まりました。厳しい治療場面、死を迎える場面、治療方針や家族への対応等の深刻なカンファレンス。一つ一つ共に“仲間”として歩んできた歴史にたって今回の事例もあります。事例を重ねるほどに主治医はじめ、病棟スタッフが療養中の子どもたちの教育保障にけんめいに努力されるようになりました。子どもたちの生命を支えるスタッフとして共に取り組むことの大切さを痛感した日々でした。

(4) 考察

社会経験を豊かにすること、生活の質を高めること。医療的ケアの必要な子どもであっても、これは大事なことです。Yくんも病室からプレイルームへ、病院の外へと生活の場、学習の場を広げ、いろいろな人と出会い育っていきます。それができる環境、条件、体制をつくることも我々の仕事だと考えます。

病院と学校がともにYくんの生命活動を支え、生活の質を高めようとし連携をした結果、堀川遊覧は実施できました。必要な条件を整えることで、障害の重い子どもであっても校外（病院外）学習に出掛けることができ、楽しむことができます。ですから、我々教員は子どもの可能性を信じ、子どもの生活をより豊かにできる条件を医療、家庭と連携しながら作って行かなければならないと思います

3. 事例2 気管切開

(1) W・K 小学部5年 女子

毎年のようにあった入院がなくて元気に過ごしていた4年生の3月末。ちょっとした体調不良から、電解質バランスの崩れと軽い気管支炎をおこし、日赤に入院。元々、肺の状態が悪い（特に右の肺はあまり機能していない）うえに、レントゲンで見ると良い方の左の肺も白くもやがかかってかなり悪い状態になっていました。見た目にもぜいぜいと苦しそうな呼吸で、痰の量が多く吸引しても次々とわ

き出てくるような状態で、感染症もでてきて、とにかく全身状態が極端に弱くなっていました。

刻一刻と状態が悪くなっている中、入院してから何度か主治医からすすめられていた気管切開が現実的なものになってきました。5月半ばには気管内挿管で人工呼吸器を使っていました。気管の中に太い管が入っているわけですから相当な苦痛を伴いますし、肺の状態はやはり厳しいままでした。お母さんとしてはこの厳しい状態の中から早く抜け出させてやりたい、楽にさせてやりたいという思いがありながら、切開することで我が子を傷つけてしまうこと、切開後の不安（設備の面からも家庭の状況からしても今までと同じように家で看することはできなくなるのではないか）などから、かなり迷いがありました。しかし、主治医とのカンファレンスで、迷っている時間の余裕がないこと、肺自体の機能が弱っているにせよ、切開後の方がより十分な処置ができ可能な限り手を尽くすことができること、切開後の生活については衛生面に配慮しさえすれば自宅で看することは十分可能であることなど、入院してから現在までのK子さんの状態と今後の見通し、家族の方たちが心配に思っている事柄などをじっくりと話し合うことができました。

このような話し合いを経て、家族の方が気管切開を承諾され手術を行いました。

（2）気管切開後

気管切開の効果は目を見張るものがありました。切開以前は、人工呼吸器を使って何とか90%台で安定させている状態でした。心拍数も高いときで140から150台、安定していても120台という数値でした。

ところが、切開後は呼吸器をつけなくても酸素飽和度は常に95%以上、心拍数は70前後と非常に安定した状態になりました。肺がかなり弱っている状態で気管切開がどれほどの効果があるかわからなかったのですが、結果は非常に良好。パルスオキシメーターの数値がだんだんと落ちていくのを、祈るような気持ちで見つめていたことが嘘のように感じられるほど、状態が好転しました。

（3）新たな問題が

呼吸についてはほとんど問題がなくなりましたが、今度は注入が入らない（嘔吐する）という栄養面での新たな問題が起こってきました。嘔吐物の中には時々赤黒い血が混じっていて食物や胃液が胃から食道に逆流していることは明らかでした。栄養が入らないことには生命活動の維持すらままならなくなってきました。これ以上、状態を見守っているわけにいかず、夏休みに入って、胃食道逆流現象をおこさないように胃を縮める手術をしました。

（4）退院してから

長い入院生活でしたが、2度の手術を乗り越えて9月4日、退院することができました。入院中の看護で、お母さんもカニューレからの吸引やEDチューブからの注入など日常的な医療的ケアに慣れたこと、K子さんが入院したときには想像できなかったほど元気になったこと、入院中の家族の理解と協力があったことなど、自宅に帰ってからもK子さんを看ていく自信がついたようでした。

（5）今年度を振り返って

前年度がとても調子が高かっただけに、今年度の長期の入院は私たちも家族の方にとってもショックでした。今、現在の子どもの状態を把握していることはもちろん重要なことですが、子どもの教育活動を進めていくうえで今までの経過を知っていることは、心身の障害が重い子どもたちにとってはなおさら大切なことだということを、再認識させられました。2度の手術を終えて、本当に驚くほどに元気になりました。K子さんの生命力の強さを感じるとともに、今までの体の負担が相当なものだったことを実感しました。

K子さんの場合、毎日の生活自体がある程度体に負担を抱えることになります。以前から、今すぐというわけではないにしても、将来は経管栄養、気管切開を行った方がK子さんにとっては楽だ、ということは主治医から言われていました。家族も、いずれは……と承知しながらも、いざとなるとやはり迷い悩み、気持ちの整理をつけるのが大変でした。しかし、家族でしっかりと向き合って話し合い乗り越えたことは、家族の結びつきを強くし、また、K子さんが家族のかけがえのない一員だという思いをより深めたことになったと思います。退院後の家族（特にお父さん）の協力をみてもそう感じられます。

K子さんは、年々豊かな表情を見せてくれて、私たちに嬉しいこと、嫌なこと、おもしろい、つまらない、と素直に伝えてくれます。場の雰囲気や物事を受け止める力はしっかりと育ってきていると感じられますし、K子さん自身、もっといろんな経験を積みたい、学びたいと感じていると思います。その気持ちの成長とは裏腹に、年々体の方がついていけなくなってきました。しかし、日常的なケアさえあれば豊かな学習環境を整えて、意欲に応じた活動を広げていけるのではないかと感じています。

入院中の訪問教育は、本当につらく、心の痛い場面が多くあります。しかし、同じ時を過ごすことの大切さを痛感する機会でもありました。

3. 事例3 長期入院・施設入所

I・H 中学部2年 女子…略…

3年間担当して

初めて担当した6年生のときは、色が白くからだの

変形もかなりすすみ、しかも入院も繰り返していたため「弱い」という印象でした。しかし、実際に指導を始めると、難しいと思っていた摂食も回を重ねていくうちによく食べるようになり病気という病気もしませんでした。「弱そうに見えるが強いのでは」という思いがありました。

しかし、表面上は元気にみえていたが実際のところはどうだったか。Hさんが出していたサインを見落としていたのではないか、当時はまだなかったがパルキオシメーター（血中の酸素飽和度と脈拍数を測定する器械）のようにからだの状態を客観的にみていく必要がありました。病気をしないから大丈夫という思いがあったと反省しています。家にいるときから、呼吸が速く浅いと感じていたため、からだを起こし、胸をしっかりと捻げる運動や大きく息が吸えるような運動を継続してきましたが十分とはいえませんでした。客観的なデータをもとに医療との連携が必要であると感じています。

前年度との違いに、私は母親と一緒にあってとまどってしまい、「去年はあんなに元気だったのに」と強く思うのと同時に、栄養状態をはじめ全身状態の認識が甘かったと痛感しています。

「気管切開は、積極的な手段である」とある医師からきいたことがあります。担当する生徒が実際に手術をし、その後の経過をみるとこの意味が初めてわかったような気がします。全身の状態が悪くなって最後の手段としてするのではなく、病状を回復しさらに健康をつくっていくためにするのだということを痛感した1年間でした。

4. 事例4 喉頭けいれん・呼吸停止

W・T 中学部3年 男子…略

呼吸停止のきっかけは、彼の体の向きを変えた瞬間だったとのこと。入院中も何度か呼吸停止になりそうになり、体の向きを変えることも医師の同席がないと怖くてできない時期がありました。症状が安定したということで、2週間ほどで退院できることになりましたが、根本的な原因究明も、治療もなされないままだったので、お母さんも私たちも大きな爆弾を抱えたままの退院という心境でした。医師団が出した結論は「喉頭けいれん」。新たな「厳しい状況」の出現です。退院してからの数週間は、彼の呼吸音に耳を澄ませ、いつ、なにが原因で訪れるか分からない「喉頭けいれん」におびえ、おののく毎日でした。何かあればすぐに主治医に連絡をし、指示を受けながらすごしました。担任も何度も主治医とのカンファレンスを持ち対応を検討してきました。

11月にはいつ、主治医の病院が週1回の訪問看護を実施してくれることになりました（状況を見るに見かねての見切り発車？）。なるべく複数で見る日が多

い方がよいとの判断で、基本的には、私たちが訪問する曜日と重ならないように訪問看護の日をセットしていますが、指導日の変更等で時々は重なります。しかし、その重なりが、私たちにとってはとても勉強になる日々でした。特に、考えさせられたのは「パルスオキシメーター」を使った呼吸管理でした。左肺を下にした時と、右肺を下にした時、あるいは、座位をとらせた時、うつぶせにした時、吸入をした時、吸引をした時、痰の多い時等々、その時々で呼吸状態が異なりますが、「パルスオキシメーター」をつけているとその時々呼吸状況を数値で見ることができるのです。

「ゼロゼロが無くていい呼吸音だな」と思っていたら、実は酸素がしっかり入っていないくて、酸素飽和度が80%台だったり。いい方の肺を上にしたときは90%台がキープできるのに、下にしたときは徐々に値が下がって80%台を切りそうになったり…。もはや、今の彼には経験と主観による「目分量の健康管理」は危険だと痛感しました。幸い、校長先生の「生命最優先」の指示で、学校備品として急遽この器械を購入していただき、大きな安心をえることができました。これからの訪問教育に不可欠な備品だと確信します。

5. おわりに ～向き合う日々～

今回の研究で取り上げた事例のひとつひとつに、日々、大きなドラマがあり、子どもたち本人・家族・担任・主治医の大きな苦しみと苦悩の積み重ねがあり、また、再び笑顔を見たり声を聴いたりすることができた喜びがありました。結果として、「超重症児」とよばれる状態になったり、吸入や吸引等の医療的ケアが日々不可欠な状態になったりはしましたが、それはあくまでも結果でしかないともいえると思います。

健康状態の急変・入院・懸命な治療・厳しい入院生活・一進一退する病状・その病状に一喜一憂しつつ苦悩する親心・厳しいカンファレンス内容……私たちの日々の取り組みは、その一つ一つに向き合い、寄り添い、支援するものであることが求められると思います。それが教育といえるのか、何故教員が……といったような声を時に耳にします。しかし、私たち現場からすれば、「では、誰が？」と尋ねたくなるほど子どもたちと家族を支える体制は貧困です。子どもたちの日々に向き合い、「命を守る」ということに参画することは、訪問教育の一つの大きな側面であると思います。

今回4つの事例を報告しましたが、結論は何一つありません。同じような病状をたどった子どもたちの記録です。

子どもの病状が受容できず、精神的に大きく落ち込んでしまったお母さんへの対応が中心的な課題となった事例もあれば、愛しい我が子の「喉に穴をあける」とことと「明日も生きている」とこととの葛藤・苦渋の選択が中心的課題となった事例もあります。また、いつ

訪れるかわからない「呼吸停止」への対応が中心的課題となった事例もあれば、人工呼吸器を使用している児童の教育内容の拡がり为中心的課題となった事例もあります。

その事例の一つ一つに、文章には表せない複雑な事情があり、深い思いがあります。父親、母親、兄弟、おじいさん、おばあさんのそれぞれの事情があり、思

いがあります。そのいろいろな背景を乗り越えて、いま、子どもたちは生きています。そのことに私たちは大きな感動を覚えます。「生きていてほしい」これが私たちの究極の願いです。

家族・主治医・訪問スタッフの日々の連携と、ケースミーティングの積み重ねが、個々の担当者の日々を支えてきたのではないのでしょうか。

⑧「青年期教育と進路保障」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

御子柴昭治

(前全国訪問教育研究会会長)

昨年の長野大会では、「高等部の教育保障」と「卒業後の進路保障」に分かれていた分科会が、鹿児島大会では、「青年期教育と進路保障」として、一つにまとめられました。

30名近い参加者（内、保護者6名）は、みな高等部試行以来、そこでの教育内容をどのように作ってきたか、それに続く進路をどう切り開いていったか、に強い関心を持って参加されていました。話し合いが進むに連れて私たちは、二つの課題が互いに深いかかわりを持っていることをあらためて知らされました。

過年齢者をも含め、最重度の青年期の人たちに訪問教育は何ができるのか、その一人一人に生きがいのある人生を保障するために、家庭と学校が連携しながらどのようにして地域の中に、医療、福祉、生活、文化のネットワークをつくりだしていけるのかについて、私たちは胸をときめかせて分科会を始めました。奈良、埼玉、京都の3本のレポートは、それぞれ「連携」を主軸にして、その実践を語ってくれました。

奈良（前明日香養護学校・上田法昭）

報告書は「K君への取り組みから」として、「学校行事への参加をすすめることで、他の家庭との連携を持ったり、また村行政との連携・情報交換をしていくことでK君の地元での存在意義を高め、それがK君の卒業後を豊かなものにしていく重要な要素となった」とし、K君の高等部3年間の取り組みは、K君の家を「開かれた家庭」にしていきました。

埼玉（所沢養護学校・長谷川ひろみ）

「訪問教育」というと、保護者も担任も卒業後は「在宅」としがちである点に注意し、県内の高等部3年生18名を対象にアンケート調査を実施。（内15名回答）調査項目の一つに、「進路を決定する上で家庭や施設と話し合いを持ったか」について調べ、「持っていない8」「持った7」の回答を得たという。半数以上が「持っていない」ことは何を意味しているであろうか。そこで報告者は卒業後「在宅」にならないようにと、1年次から家庭に働きかけ、M子（3年生・19歳）を地域の施設に連れ出し、「見学から実習へと結びつけることができた」という。その後のポイントとして、「焦らずゆっくりと、あきらめずにアプローチとしていくことが大切である」とまとめている。

京都（与謝の海養護学校・新庄久美子）

中学訪問学級卒業後、10年のブランクを経た過年齢生2例（24歳、25歳）の取り組みを感動的に報告。「人間としての学び、願い、憂い、期待……あたりまえの感情が、ここそこに見られる。ひとつの笑顔をはさんで、お母さん、お父さんと教育再開をかみしめています。彼らは10年の月日を経て、まさに『ただ今、青春やりなおし中』です」と。

ここでも、「家庭」との連携からはじめ、校内及び地域での医療、福祉、文化、生活など、それらのネットワークをどうつくりだしていったかがわかりやすく示されています。（詳しくは、次の分科会発表レポートを参照）

本分科会で討議されたいくつかの特徴点について触れておきます。第一に、参加された母親たちの積極的な姿勢でした。特に現在の訪問教育のわが子を、「毎日通学させたい」と願う思いから、会場の参加者にその基準を問いかけられました。鹿児島では学校（肢体不自由）が近くになく、「歩けない」というだけで「訪問」に措置されている実態が未だに解消されていないのです。鹿児島だけでなく、まだ各地に「医療的ケア」を理由に「通学」を拒否されているケースもあり、教師の研修や学校での医療的環境の整備などの問題が指摘されたことです。

第二に、私たちが訪問教育をどう位置づけしているか、改めて問われているということです。30年前、すでに京都が「全日教育への橋渡し」としたように、私たちは訪問教育を固定的に捉えず、常に子どもの利益を優先させ、どうしても訪問教育によらなければ教育ができない、そういう子どもにこそ用いるのではありません。

第三には、進路保障をただ「外へ出る」ことにだけとらわれずに、「内への働きかけ」を豊かにしていく両面から捉え、生活の質を高めるよう運動していこうということです。今後は療育訪問と合わせ、社会教育の訪問をも視野に入れ、運動を進めていきましょう。

最後に、進路保障といって「特別の取り組み」があるのではなく、小・中・高それぞれの時期における豊かな教育的実践が、そのまま進路保障へのネットワークづくりの基礎になっていく、ということの認識でした。

京都のレポートにあるように、子どもは「どの子も伸びる、いつまでも発達」し続ける存在であるからこそ、私たちはこの課題を追求し続けるのです。

高木 尚

(東京都立府中養護学校教諭)

分科会が再構成され、昨年までの「高等部訪問教育」と「卒業後の進路保障」の分科会が合体してできたのが本分科会である（と思われる）。高等部訪問教育の本格実施を目前にして、「試行」の中でも全国規模で高等部の実践が行われ、優れた実践が生まれている状況を見るならば、時期を得た分科会の再構成であった。高等部訪問教育に限らず今後ますます「教育内容」が問われる時代を迎える中で、本分科会の役割も更に重要になると考えられる。

報告されたレポートは、①高等部卒業後の豊かな生活をめざして－K君への取り組みから－（上田法昭、前奈良県立明日香養護学校）、②卒業後の生活を考える－高等部訪問教育の進路指導－（長谷川ひろみ、埼玉県立所沢養護学校）、③「只今、青春やりなおし中！」－訪問高等部・過年齢生のとりくみから－（新庄久美子、京都府立与謝の海養護学校）、以上3本であり、いずれのレポートも現在高等部訪問教育が直面している課題を正面から取り上げ、積極的にそれに取り組んだもので、参加者に感銘を与えた。この場を借りてレポーター諸氏に感謝したい。

①と②はレポート名の示す通り卒業後の生活に向けた「指導」に視点を当てた内容であった。「卒業後も社会との接点を切らないこと、そのためには、もし（生徒が）出掛けられなければ、来てもらうことである（そのことが、生徒が出掛けていく基盤ともなる）」（上田発言要旨）「必ずしも施設通所だけが進路ではない。現在の訪問の授業のような形態で、誰かが自宅を訪問していろいろな人たちとのコミュニケーションを広げていくことも可能である」（長谷川レポートより）。以上の発言は進路指導の本質に沿って、新たな観点を私たちに提供してくれている。学校卒業後も社会との接点を持つていく（これは進路指導の眼目の一つであろう）ために、施設への通所は大変重要なことであり、生徒本人にその経験を提供したり（長谷川レポートに詳しい）、施設の改善を求め、「通所」できるための条件を広げていくことはもちろん必要で、今後一層豊かに追求されなければならない。と同時に、もし「通所」できない場合でも、「来てもらう」ことで社会との接点を繋ぐことができるし、

それは、在学中からの「生活支援」として具体化して取り組んでいくことが重要である、そのために保健婦の役割にも言及して明らかにされた。ここでは、在学中の生活と卒業後の生活が分かちがたく結びついていること、従って、在学中から追求されなければならないことが明らかであり、進路指導の意義が一層明確になっている。

③は訪問教育の全般に関わる内容であったが、授業構成の観点が整理されて提示されたこと（「歌・リズム」「文化」「からだ」）、教材教具・生活用具の工夫が素晴らしいこと、「学校が遠ければ地域の中で、何できる？」として、生活を更に豊かにする行事が示されたことが特徴であった。レポートのケースの生徒さんたちは、昨年「高等部訪問教育分科会」で、既卒者の入学を勝ち取った報告として発表されていたので、その後の発展を見る思いであった。「教材は子どもの願いに学び」として、教員側の思いを大切にしながらも、最後は子ども（生徒）が選んでいくという報告は、生活年齢の問題で、教材について色々悩んでいるであろう参加者に、一つの観点を提供してくれたのではないだろうか。

関心の高さを反映して参加者は大変多く、教員の他、保護者、施設職員など多岐にわたった。討論の内容も、既卒者の入学のこと、保護者の揺れる心について、在宅支援センターのこと、「学校は何をしているのか」という施設職員の方からの率直な疑問などが出された。そのすべてに充分に応えられたどうかは参加者の判断に待つしかないが、今後全国で高等部訪問教育の実践が本格化していくことを考えれば、本分科会のますますの発展充実が切に求められているであろう。

今後のさらなる充実のために以下のような報告を受け参加者で十分討論できることを期待したい。①教育内容において、小中からの繋がりや高等部独自の課題を明らかにしたもの、②思春期・青年期の課題として、「思春期危機」に取り組んだもの、③卒業後の進路と生活支援を結合した「進路指導」④命を守る二次障害への取り組みや自立へ向けた取り組みなどなど。上記4点は密接に結び絡まっていることも事実であり、実践の観点としても重要と考えられる。

只今、青春やりなおし中！

～訪問高等部・過年齢生のとりくみから～

新庄久美子 木下博美

京都府立与謝の海養護学校

(〒629-2261 京都府与謝郡岩滝町男山小字三田谷945)

1. はじめに

担任どうしで最近、交わす言葉。「いやあ～、毎日の楽しいねえ。」訪問生のやりたいとりくみに応えていろんな人の力を借りてそれが実現した時、とっておきの笑顔が出る。心通い合う時が増えてきた。訪問教育の再開から、一年ちょっと。私たちも、彼らの姿がいくらか見えてきたこともあるけどやっぱり、彼ら自身自分の思いを、良く出してきたように思う。人間としての喜び願い、憂い、期待・・・あたりまえの感情がここ、そこにみられる。ひとつの笑顔をはさんで、お母さんお父さんと教育再開をかみしています。彼らは十年の月日を経てまさに「只今、青春やり直し中！」です。

2. 既卒者希望者全員入学の道

(当日は入学式の様子のビデオで紹介)

〔京都の訪問教育の歴史〕

京都府では、どの子も一日も早く教育をと願う多くの人々の努力や協力によって、義務制実施より3年早い1973年に、訪問教育が発足しました。それまで体力が弱かったり病院に入院していたりして通学や寄宿舎生活が難しく学校に入れなかった子どもたちが、訪問生として入学してきました。京都府では、訪問教育を始めるに当たって実施の当初より「訪問教育を養護学校教育の一環として位置づける、指導担当者は養護学校の本務教員とする、本制度をあくまで障害と発達の実態に則して適切な指導を行う一つの教育形態であり固定的にとらえず可能な限り全日教育に移すことも追求する・・・」※など、訪問教育制度を形式的、便宜的な制度として考えるのではなく、真に障害児の発達に寄与できる内容をともなったものにすることを第一義として考え歩みはじめたのです。

1979年の養護学校義務制実施とともに国でも制度化され就学猶予免除者はほとんどなくなりました。その後府下では、各地に学校が開設され、施設や病院にいる子どもにも学籍が保障されたり、学校が近くにできたなどの理由でたくさん子どもたちが通学できるようになり、その後、訪問教育の生徒数はどんどん減少していきました。

〔既卒者希望者全員入学の道〕

全国訪問教育親の会の運動の高まりのなかで、京都

でも高等部希望者全員入学をめざし親の会が結成され旺盛な署名活動など運動が開始されました。そして、1997年念願の訪問教育高等部の試行制度が始まることになりましたが、京都では、既に卒業した生徒についてはその制度にのれないということになり、翌年、1ヵ月足らずの間に1万を越える署名、陳情活動がくり広げられ、教育委員会を動かすことになりました。その結果、京都府では3名の希望者全員が入学することができました。この成果は親御さんや教職員の大変な努力によるものですが、先に述べたように、京都の先輩たちが創ってきた歴史が大きな支えとなっているようです。

3. 生徒の紹介と学習形態

＜生徒の紹介＞

シンジ君 24才 身長約150cm
脳性麻痺・視力障害 鼻注栄養
移動は車椅子

ススム君 25才 身長約170cm
脳性麻痺 気管切開 口から高栄養流
動食を摂取 移動は2人以上で担架

＜指導形態＞

月曜日— 10時～3時 複数指導
2人の家を交互につかって学習
金曜日— ススム— 9時～11時
前半40分を複数指導
シンジ— 10時～12時
後半40分を複数指導

※家庭の事情から時間や曜日が制限されているので週2回となっているが、1日を使った日を設定し家が近いこともあって、複数指導ができるようにとりくんできた。

・複数指導・仲間集団を大切にしてきた本校訪問教育の考え方がある。訪問教育は制度や枠に縛られがちだが、基本的には生徒にどんな力をつけたいか。そのために訪問教育という十分とはいえない教育状況のなかでなにができ、何が課題となるか、いつも集団論議を重ねてきた歴史がある。

- ・訪問教育（仲間と私たち）を支える集団として
 - 全校（朝の打ち合わせ、職員会議での訪問コーナー、廊下の掲示板、たより、校内研）
 - ひまわり学級（訪問の課題・意義ととりくみをつねに交流、とりくみの応援）
 - PTA（総会で訪問教育について紹介、家にきてもらい学習会）
 - 同世代、高等部とのつながり（障害学習として位置づけ学習、訪問のことを高校生との交流会で発言）
 - 地域の福祉のネットワークと（行政、施設、地域支援）

4. 毎日の学習から

どんなことをして、何から始めよう……担任団は最初からとまどいました。身長も伸び、体つきもそれなりにがっちりしています。顔の表情も学校にいる生徒に比べ、まさに青年、成人の顔です。それに加え9～10年にわたる教育のブランク。

最初は卒業後2人の歩んできた道をたどりながら、どんな暮らしや体の変化があって今日を生活しているのか、彼らをとりまく生活を知ろうということを大切にしてきました。そして、平坦な生活の中に再び訪問教育を始めるといふこと、親や本人にとっては大変なことであるという事実をふまえ、無理のないリズムづくりの時と押さえ、ゆるやかに教材内容をつくっていきました。また、具体的な教材についてはこどもの願いに学びお母さんの情報からふくらませていきました。

歌・リズム

青年らしく、障害・認識・季節を意識して選曲する。

- ・仲間を大切にしたもの
 - ・生活や気持ちを励ましていくもの
 - ・ユーモアのあるもの
 - ・いろんな曲奏、テンポ、ストーリーのあるもの
 - ・本物をもとめて一尺八演奏、民謡、オーケストラ
- 大好きな曲も、訪問の授業のなかでは何倍も楽しくふくらんでいくとお母さんからの声です。また、お母さんも一緒に歌ってもらったりするなかで歌声が分厚いものになりお母さん自身もスカットするようです。視力障害のあるシンジくんは、よりめりはりをつけて楽器や歌い方に工夫をしてきました。

1 学期 ——— 1998の曲———
 ・陽気に行こう ・微笑みのなかで（創作）
 ・ともだち（手話） ・君に会えた4月
 ・空を飛べるよ（全校共通教材）

・2人は80歳（扮装） ・虹の向こうに 他
 2 学期
 ・草競馬（ひずめの音） ・さとうきび畑（全曲）
 ・もみじ（お母さんと輪唱） ・高原列車は行く
 ・訪問音頭（創作・文化祭に発表） 他
 3 学期
 ・雪まつり（バケツ太鼓） 冬景色（ハーモニカ）
 ・上を向いてあるこう（アカベラと指パッチン）
 ・空より高く（卒業）
 ・ひまわりを巣立つ君達へ（創作）

文化

もうひとつの領域に「文化」というのをとりくんでいます。小学部なら「あそび」中学部なら、「国語」「生活」でしょうか。今のところ、本の読み聞かせを中心にとりくんでいますが、創作や鑑賞、広く文化に触れていくような幅の広い内容で考えています。

2人の生徒の認識の段階も違うのでススム君には、より、お話の中身にせまってとりくみ、シンジ君には声の使い方を工夫したり、擬音をとりいれたりより、感覚に働きかけするようとりくみました。くりかえしとりくむなかで、よりおはなしが好きになって、期待の気持ちや、表情の豊かさが見られるようになりました。

これも、複数指導の場合は教室での指導に近い立体的なとりくみ（人物の声を変えるなど）ができ生徒の様子を交流し、次回につないでいくことができる。

〔これまでとりくんだ内容〕

おんちよろきょう さるじぞう
 へっこきあねさが嫁に来た このつぎなあに
 うめぼし太郎 まめっころころ

からだ

基本的には、10年間のブランクがあり、家でのフラットにした生活が長いので、機能回復をねらうのではなく、家族の人達が、彼らと無理なく寄り添って生きていけるための生活補助具の開発や、カウンセリングにつとめる。（機能訓練の先生は学校体制が厳しいなかで、学期に1～2回程度訪問）

鼻注栄養10年め（シンジ）、気管切開、10年目（ススム）の2人、胃の出血など、トラブルもでている。訪問が開始することで、いろんな情報の提供や、資料の提示、入院中の介護など医療について側面での応援をしてきて、喜ばれている。

○機能訓練の先生が座位保持いすと車椅子の補助具をつくってくれた。(ラクラクチン)

→絵画制作やテレビをみるのに視野がかわった。

○リラックス、循環をよくしていくとりくみとして、足湯をとりくむ。

○入浴のとりくみ(ススムくん)

自宅での入浴のとりくみを開始(月1～2回)施設(デイサービス)での入浴ではみられない、リラックス。現在、ホームヘルパーさんが来られる時に入浴している。そこでの状況把握が修学旅行や温泉行きのとりくみにつながる。今後、家庭での入浴のネットワークづくりを検討して卒業後につなげる。

○毎日つけているからだの記録用紙を1ヵ月、1年単で見直し、整理して、受診の際に医師にみせ、意見を聞くようにしている。

教材教具、生活用具の発掘

○これなら、揺れないねー 車に乗るときの担架どめ

○校外学習グッズ——— 木製点滴棒(ミルク用)

○入浴もこれなら、安心ー カパットちゃん

(カニューレの水入り防止用具)

ちょっとした、困り事を、木下先生・天才大工が解決!お母さん方が本当に喜び感激!生活を励ましていく視点でつづけていきたい。

5. 学校が遠ければ地域のなかで、何できる?

——— 行事について———

スクーリングは、片道45kmもかかる現状から、追求はせず(親も願っていない)地域のなかに私達が出前して、学校の風を吹き込んでいこうと取り組んできた。

30周年記念音楽祭 1998・7

学校で取り組んだこのとりくみを訪問でもとりくもうと地域の高等部希望者全員入学の署名でつながったひと、お母さんの友達などをまねき、その人たちも芸(民謡、踊り)を披露してもらった。もちろん、訪問教育で学習してきた、うたや、お話をみてもらう。

ふじつ温泉行き 1998・10/19

入浴させたい生徒の要求を実現するとりくみ。今後の風呂や生活のボランティアにつながるようにとのもうひとつのねらいをもっていく。学部男性教職員の応援団も参加。他の訪問の仲間も合流し、親御さんの交流会が実現する。

たなばた音楽祭 1999・7/19

1年間の積み上げで、地域の人達がぜひ、みたいとふくれあがり25名のお家での音学会となった。私達の授業に加え、尺八の演奏、市役所の職員は手品まで披露するという楽しい内容になりました。生徒の喜ぶ姿に、温かいまなざしと言葉が送られ、誰もがほっこりとした1日だった。

この他にもいろいろととりくんだが、地域の人達と文化を共有し、文化を通して、障害者理解をひろめ、彼らが豊かに生きていける地域づくりに、つながっていけばととりくんでいる。

6. 進路について

現在、中学部の卒業時につなげてきた福祉のとりくみ(ヘルパー、デイサービスなど)について、どんな課題があって軌道修正しなければいけないのか、家族の要求、本人のねがいをねりあわせて考える、ケース会議が学期に1回とりくまれている。(行政主導)

この会議にわたしたち学校(担任)が加わった。行政は生徒の喜ぶ姿を実際に見、親の声を聞くなかで、教育の必要性、文化の大切さを感じはじめてくれている。今後の進路に大きく影響する事と思う。

[ケース会議メンバー・内容によって人は変わる]

・市役所ー 福祉課	・学校ー 担任
保健婦	・親
・施設ー デイサービス	・ホームヘルパー

7. おわりに

10年のブランクは大きく、生徒も青年、親も高齢というなかで、とりくみにいろいろ制限はありますが一方で、外へ出る喜び、人と出会う楽しみを一つ一つかみしめながらとりくんできました。1年が終わってススム君に担任が聞いたときのことです。「ススム君1年いろいろあったね〜」この時、彼は私達の顔をじっと見て、一筋の涙をこぼしました。その姿を見て、担任2人も泣いてしまいました。それは「どんなに障害の重い人にも教育を」という意味を考えさせられたできごとであり、高等部に入学できて本当によかったと思えた出来事でした。

シンジ君は最近、ススム君の家に行っても、おしっこがでたり、お昼からはウトウト眠れるようになりました。このことは、家以外の場所や人のなかでも気持ちをリラックスさせて暮らせていけるーそういう生きていく大切な力をつけてきたのではと話しています。

私達も指導内容もこれでよいのだろうかーと悩むことはたくさんありますが、こうした、かずかずの出来事を通して「どの子も伸びる、いつまでも発達」と彼らはわたしたちにそう呼びかけているのです。

⑨「保護者とともに訪問教育を考える」分科会報告

■共同研究者による分科会のまとめ

野間比南子

(石川県立平和町養護学校教諭)

1. 通える子どもは毎日の教育を受けさせて

今回一番の問題は鹿児島の訪問教育についてでした。鹿児島県に肢体不自由児が通学できる養護学校は1校しかなく、遠くてそこへ通えない在宅の障害児は最寄りの知的障害養護学校に在籍し、歩けない子はみんな訪問教育になるということでした。「うちの子は一年中風邪も引かず、元気いっぱい、体力も十分なのに歩けないというだけで訪問教育になっています。なぜ週6時間しか教育が受けられないの？なぜ友達と会えないの？他県ではもっともっと重度の障害児が毎日通学していると聞いているのに。」何人もの鹿児島の母さんからこの事実を聞く中で、参加者の胸の内に大きな憤りが渦巻いたのです。

沖縄のお母さんからは、訪問教育から毎日学校へ行ける通学籍になり、子どもの表情が豊かになりとても喜んでいてという報告もありました。

エレベーターがないから、教室がないから、知的障害の子と一緒にでは危険だから、というのは行政の怠慢であり、障害児への差別です。当然対策を講じることが出来たはずですが、気持ちがあればすぐにでもできることです。子ども達にとっては今が大切なときです。5年後10年後に改善されたとしても今の子ども達には間に合いません。現地の親の会が何度も要望書を出していますがなかなか進展しないという状況でした。

(来年度はようやく1校できると言うことですが、解決できない子がまだ多数います。)

親の会として鹿児島を応援しよう。そして特別報告として全国の教師や親に訴えようということになりました。(このことに関して憤りを押さえきれない篠崎会長を始め全国の親と教師が夜遅くまで白熱した議論を続けました。鹿児島の問題は鹿児島の親と教師で運動を作っていくべきで、全国の親の会が先に動くべきではない。しかし全国の親の会が全面的に応援していくという結論になりました。)

鹿児島県は訪問教育を受けている率が全国一多いのです。ということは障害児のための学校づくりが遅れているという事です。「元気な子が毎日学校へ行く」こんなあたりまえの要望が実現できない実態を鹿児島の県民に知らせる必要があると思います。私達全国の親の会は、全国民に訴えて、述べ45万人の署名活動を繰り広げ、賛同を得てきた実績があります。

2. 過年度卒業生にも高等部の訪問教育を

鹿児島県の20才のお子さんの親御さんから、うちの子にも是非高等部の教育をという発言がありました。高知や大阪からも出ていました。

そういう中で、京都与謝の海養護学校の木下先生から「文化か娯楽かびいーひやらドンドン～過年齢生高等部訪問教育の取り組み～」というレポート報告がありました。何歳でも入れるようになった京都の24才の高校生2年生が気持ちよさそうに温泉につかっている様子がとてもすばらしいものでした。お風呂に入れる授業でした。(長野のお母さんが昨夜お部屋のユニットバスに大きな息子を一人で入れたと聞き、「こない顔して入っている、せっかく温泉に来ているんだから」と、篠崎夫人が奔走し、たくさんの先生方の協力で鳥羽君や沖縄の緑ちゃんを分科会後に温泉に入れることが出来ました。)

全訪研の調査によれば今年は15県で過年度卒業生の入学が認められており、昨年より増えています。来年度からは試行でなく本格実施ということで、過年度卒業生を入れる条件が整ったことになります。しかし要望のないところに前進はありません。まず強い要望を表し、そして行動を起こすことが大切です。

3. 障害児の親っていいじゃん！

福岡のお母さんがとっても元気で、参加者みんなが元気をもらったようなきもちになりました。「親がのびのびとしていなければ子どもにも良くない。でもつらいのに元気なふりをするのはもっとつらい。つらいことはつらいと言えるお母さんどうしの仲間づくりの中で、お互いに元気をもらい、不自由でもいいじゃん、と思えるようになった。」やって欲しいことや要望はどんどん市や県に出して交渉していかれた様子が話されました。「許せない事って現実にはある。そのことを多くの人に分かってもらう必要がある。『そうだね』と言ってもらえるように努力する。子供のことを中心にして当たっていくとかならず人が変わる。こういう経験がとっても大事。相手を敵に回さないように、分かってもらうようにする。」このお母さんは行動して、分かってもらう努力をして一つ一つ乗り越えてこられた経験からの発言で、みんなの心にしみました。

埼玉県立所沢養護学校の長谷川先生の「卒業後の生活を考える」というレポート発表もありました。分科会でのレポート発表は討論の中身をふくらませてくれました。

Ⅱ 訪問教育研究資料

1 訪問教育全般について

訪問教育では、対象とする児童・生徒の障害が通学の子どもたちよりも全般に重度・重複であったり、病院への訪問ではターミナルケアの問題を抱え、指導にあったっては様々な機関との連携が必要だったり、特殊な事情が多くあります。それだけに教職員の研修は大切であり、充実していく必要があります。

文部省は、毎年訪問担当教員講習会を予算化し、各都道府県が実施しています。この講習会が県内で唯一の訪問教育の研修会になっている場合も少なくないようです。ここでは、その実施要項を掲載いたします。各地の講習会が充実したものになるように期待したいと思います。

1-1 訪問教育担当教員講習会の文部省通知

文 初 特 第 1 3 0 号

平成 1 1 年 5 月 3 1 日

殿

文部省初等中等教育局長

辻 村 哲 夫

平成 1 1 年度都道府県訪問教育担当教員講習会の
実施に係る経費について（通知）

平成 1 1 年 4 月 1 5 日付け文初特第 1 3 0 号で通知した標記事業の経費が、下記のとおり別途示置されますので通知します。

また、事業にかかる予算の適正な執行について万全を期されるよう願います。

なお、事業終了後は速やかに、別紙様式による決算報告書を提出願います。

記

支出委任額（予算事項 教職員の資質向上）

予 算 科 目	金 額	備 考
(組織)文部本省 (項)学校教育振興費	円	
(目)請 謝 金	67,000	講師謝金, 指導助言者謝金
(目)委員等旅費	59,000	講師等旅費
(目)教職員研修費	27,000	会場借料, 要項印刷費等
計	153,000	

平成11年度都道府県訪問教育担当教員講習会実施要項

1 目 的

障害の状態等により通学して教育を受けることが困難な児童生徒に対し、家庭、児童福祉施設、医療機関等を訪問して教育を行う教員（以下「訪問教育担当教員」という。）に、専門的な知識及び技術を習得させ、もって、その指導力の向上を図る。

2 事業の実施

本事業は、文部省及び都道府県教育委員会の共催により実施する。

3 会 場

都道府県教育委員会が決める。

4 期 間

原則として3日間

5 参加者及び参加者数

参加者は、原則として、訪問教育担当教員とし、都道府県教育委員会が決定する。

また、参加者数は、都道府県教育委員会が定める。

6 講習内容

講習の内容は、講義、事例を中心とした研究協議、学校・施設等における実習等とする。

また、高等部における訪問教育についても、各都道府県における試行的実施の状況を踏まえ、適宜、取り上げるものとする。

なお、講師・指導助言者等は、都道府県教育委員会が決定する。

7 実施報告書の提出

都道府県教育委員会は、別途様式により、開催期日、参加者数及び講習内容等を記載した実施報告書を作成し、講習会終了後速やかに文部省初等中等教育局特殊教育課長あて提出するものとする。

8 経費等

文部省は、講習会の開催に要する経費を、予算の範囲内で支出する。また、必要に応じて、講習会の実施状況及び経理処理状況について調査を行う。

2 高等部訪問教育について

中学校から高校への進学率が、95%を越えている現在、義務教育段階で訪問教育を受けている子どもたちの後期中等教育（高等部）の保障が、各地の実践の中で大きな課題となっています。

1995年8月、石川県の訪問教育を受けている子どもの保護者の声かけによって「全国訪問教育親の会」が結成されました。その結成目的は、訪問教育卒業生徒に対して後期中等教育の保障を実現することです。この取り組みは全国に広まり、マスメディアや国会の質問にも取り上げられました。

この取り組みで全国に理解と関心がひろがり、文部省でも中央教育審議会の第一次答申を受けた形で、「特殊教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」を発足しました。そして1997年1月には、1997年度から高等部訪問教育の試行的実施という内容の第一次報告を行いました。これを受けて1997年度から32都道府県で試行が始まり、1998年4月には全都道府県での試行となりました。

1999年3月には、2002年4月1日から施行される「盲学校、聾学校及び養護学校 学習指導要領」の告示がありました。

1999年6月3日には「現行の盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領の特例を定める件（平成11年文部省告示第132号）」が告示され、新学習指導要領の高等部訪問教育にかかる部分が2000年4月から前倒し実施されます。

ここでは、文部省の「盲学校、聾学校及び養護学校 高等部学習指導要領」及び「現行の盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領の特例を定める件（平成11年文部省告示第132号）」の抜粋を載せます。

2-1 盲学校、聾学校及び養護学校 高等部学習指導要領

「第1章 総則 第2節 教育課程の編成」から

第6款 重複障害者等に関する特例

1 障害の状態により学習が困難な生徒について特に必要がある場合には、次に示すところによるものとする。

- (1) 各教科・科目の目標及び内容の一部を取り扱わないことができること。
- (2) 高等部の各教科・科目の目標及び内容の一部を、当該各教科・科目に相当する中学部又は小学部の各教科の目標及び内容に関する事項の一部によって、替えることができること。

2 重複障害者を教育する場合には、次に示すところによるものとする。

- (1) 盲学校、聾学校又は肢体不自由者若しくは病弱者を教育する養護学校に就学する生徒のうち、知的障害を併せ有する者については、各教科・科目又は各教科・科目の目標及び内容の一部を、当該各教科・科目に相当する第2章第2節第1款及び第2款に示す各教科又は各教科の目標及び内容の一部によって、替えることができること。この場合、各教科・科目に替えて履修した第2章第2節第1款及び第2款に示す各教科については、1単位時間を50分とし、3.5単位時間の授業を1単位として計算することを標準とするものとする。
- (2) 重複障害者のうち、学習が著しく困難な生徒については、各教科・科目若しくは特別活動（知的障害者を教育する養護学校においては、各教科、道徳若しくは特別活動）の目標及び内容の一部又は各教科・科目若しくは総合的な学習の時間に替えて、自立活動を主として指導を行うことができること。この場合、生徒の実態に応じた適切な総授業時数を定めるものとする。
- (3) 校長は、各教科・科目若しくは特別活動の目標及び内容の一部又は各教科・科目若しくは総合的な学

習の時間に替えて自立活動を主として履修した者で、その成果がそれらの目標（総合的な学習の時間についてはねらい）からみて満足できると認められるものについて、高等部の全課程の修了を認定するものとする。

3 障害のため通学して教育を受けることが困難な生徒に対して、教員を派遣して教育を行う場合については、次に示すところによるものとする。

- (1) 上記1又は2の(1)若しくは(2)に示すところによることができること。
- (2) 校長は、生徒の学習の成果に基づき、高等部の全課程の修了を認定することができること。

4 療養中の生徒及び障害のため通学して教育を受けることが困難な生徒について、各教科・科目の一部を通信により教育を行う場合の1単位当たりの添削指導及び面接指導の回数等（知的障害者を教育する養護学校においては、通信により教育を行うこととなった各教科の一部の授業時数に相当する添削指導及び面接指導の回数等）については、生徒の実態に応じて適切に定めるものとする。

（中略）

第5章 自立活動

第1款 目 標

個々の生徒が自立を目指し、障害に基づく種々の困難を主体的に改善・克服するために必要な知識、技能、態度及び習慣を養い、もって心身の調和的発達の基盤を培う。

第2款 内 容

1 健康の保持

- (1) 生活のリズムや生活習慣の形成に関すること。
- (2) 病気の状態の理解と生活管理に関すること。
- (3) 損傷の状態の理解と養護に関すること。
- (4) 健康状態の維持・改善に関すること。

2 心理的な安定

- (1) 情緒の安定に関すること。
- (2) 対人関係の形成の基礎に関すること。
- (3) 状況の変化への適切な対応に関すること。
- (4) 障害に基づく種々の困難を改善・克服する意欲の向上に関すること。

3 環境の把握

- (1) 保有する感覚の活用に関すること。
- (2) 感覚の補助及び代行手段の活用に関すること。
- (3) 感覚を総合的に活用した周囲の状況の把握に関すること。
- (4) 認知や行動の手掛かりとなる概念の形成に関すること。

4 身体の動き

- (1) 姿勢と運動・動作の基本的技能に関すること。
- (2) 姿勢保持と運動・動作の補助的手段の活用に関すること。
- (3) 日常生活に必要な基本動作に関すること。
- (4) 身体の移動能力に関すること。
- (5) 作業の円滑な遂行に関すること。

5 コミュニケーション

- (1) コミュニケーションの基礎的能力に関すること。
- (2) 言語の受容と表出に関すること。
- (3) 言語の形成と活用に関すること。
- (4) コミュニケーション手段の選択と活用に関すること。
- (5) 状況に応じたコミュニケーションに関すること。

第3款 指導計画の作成と内容の取扱い

- 1 自立活動の指導に当たっては、個々の生徒の障害の状態や発達段階等の的確な把握に基づき、指導の目標及び指導内容を明確にし、個別の指導計画を作成するものとする。その際、第2款に示す内容の中からそれぞれに必要とする項目を選定し、それらを相互に関連

付け、特に次の事項に配慮して、具体的に指導内容を設定するものとする。

- (1) 個々の生徒について、長期的及び短期的な観点から指導の目標を設定し、それらを達成するために必要な指導内容を段階的に取り上げること。
- (2) 生徒が興味をもって主体的に取り組み、達成感を味わうことができるような指導内容を取り上げること。
- (3) 生徒が、障害に基づく種々の困難を改善・克服しようとする意欲を高めることができるような指導内容を重点的に取り上げること。
- (4) 個々の生徒の発達の進んでいる側面を更に伸ばすことによって、遅れている側面を補うことができるような指導内容も取り上げること。

- 2 指導計画の作成に当たっては、各教科・科目、特別活動及び総合的な学習の時間（知的障害者を教育する養護学校においては、各教科、道徳、特別活動及び総合的な学習の時間）の指導と密接な関連を保つようにし、組織的、計画的に指導が行われるようにするものとする。

- 3 個々の生徒の実態に応じた具体的な指導方法を創意工夫し、意欲的な活動を促すようにするものとする。

- 4 重複障害者のうち自立活動を主として指導を行うものについては、全人的な発達を促すために必要な基本的な指導内容を、個々の生徒の実態に応じて設定し、系統的な指導が展開できるようにするものとする。

- 5 自立活動の時間における指導は、専門的な知識や技能を有する教師を中心として、全教師の協力の下に効果的に行われるようにするものとする。

- 6 生徒の障害の状態により、必要に応じて、専門の医師及びその他の専門家の指導・助言を求めるなどして、適切な指導ができるようにするものとする。

2-2 現行の盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領の特例を定める件 (平成11年文部省告示第132号)

○文部省告示第132号

学校教育法施行規則（昭和22年文部省令第11号）第73条の10及び第73条の14の規定に基づき、盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領（平成11年文部省告示第62号）が適用されるまでの間における盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領（平成元年文部省告示第159号）の特例を次のように定める。

平成11年6月3日
文部大臣 有馬 朗人

1 平成12年4月1日からの特例

平成12年4月1日から盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領（平成11年文部省告示第62号）（以下「新高等部学習指導要領」という。）が適用されるまでの間における盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領（平成元年文部省告示第159号）（以下「現行高等部学習指導要領」という。）の特例は次に定

めるところによるものとする。

一 総則

（教育課程編成の一般方針等）

（1）教育目標、教育課程の編成の一般方針、各教科に属する科目（以下「各教科・科目」という。）、特別活動及び養護・訓練の授業時数等、教育課程編成に当たって配慮すべき事項、指導計画の作成等に当たって配慮すべき事項並びに重複障害者等に関する特例については、現行高等部学習指導要領第1章第1節、第2節第1款、第2款第3（第3の2を除く。）、第3款第2（第2の1を除く。）、第4款、第5款（5の（2）を除く。）及び第7款の規定にかかわらず、新高等部学習指導要領第1章第1節、第2節第1款、第2款第4（第4の2及び5を除く。）、第3款第3（第3の1、3及び6を除く。）、第4款（4の（4）のイを除く。）及び第6款の規定によるものとする。

（各教科に属する科目の標準単位数等）～以下省略～

3 医療的ケアを要する子どもの教育について

昭和54年度から養護学校教育の義務制が実施れ、全国的な障害児の「全員就学」が達成されました。

そして、それまで就学猶予・免除にされていた障害の重い、いわゆる「重症心身障害児（重症児）」にも教育が保障され、保護者や施設・病院関係者からの教育への期待も大きくなっています。

一方で、医療技術の進歩とともに在宅医療が進展し、更に保護者自身にも在宅療育の考えが広まり、障害の重い子どもたちも「経管栄養、気管カニューレの管理、痰の吸引、導尿、酸素吸入等」を家庭で、本人または保護者に受けながら生活できるようになりました。

肢体不自由養護学校をはじめ、知的障害養護学校や病弱養護学校、訪問教育の現場では、これらのケアを医療的ケアまたは「医療的配慮」「医療的援助行為」などの名称で呼び、「医療的ケアを要する児童・生徒に対して学校現場でどのように対応していくか」という課題が生まれました。

学校における医療的ケアの問題が浮上した昭和63年度当時は、一般的には大都市圏の一部の問題という捉え方でした。しかし、時が経つに連れ、太平洋ベルト地帯の問題といわれ、現在では全国的な課題になったと考えます。地域の混乱状態に 대응するように医療的ケアに関する答申も各地で出され、いよいよ1998年度から2カ年、文部省が「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」に取り組むことになりました。

ここでは、国会での質疑、各地の答申の概要を紹介します。また、老人介護の分野でもヘルパーの行う業務内容の中で、「医療行為」が問題になっています。ここでは、総務庁がその問題解決のための指針を厚生省に求めた勧告を載せます。

3-1 国会 参議院文教・科学委員会会議における質疑

第145回 国会参議院文教・科学委員会会議録第二号
平成11年3月9日（火曜日）

○林紀子君 奨学制度だけではなくて、ぜひ緊急貸与をお願いしたいということも重ねてお願いいたしまして、次の質問に移らせていただきます。

最近、私「五体不満足」という本を読みました。大変なベストセラーになっているわけですが、そこでは「障害は不便である。しかし、不幸ではない」というヘレン・ケラーの言葉が引用されておりました。この言葉が本物になるために何をしなければいけないのかということも非常に考えさせられました。

そこで、きょうはまず、医療ケアを必要とする子供たちの通学保障ということについてお伺いしたいと思います。

医療技術の進歩によって、重度の障害を持つ子供たちが次々と学校へ通うことができるようになりました。例えば、気管切開をした子供は、時間ごとにたんを吸引しなければ肺に詰まって命にかかわる。また、食事のかわりに管を入れて栄養をとるなどの医療ケアが必要な子供がいます。こうした重度で重複障害を持つ子供たちというのは、これまで保護者の方が学校に付き添ってケアをしなければならなかった。しかし、お母さんが病気になったり用事があって学校に行けないというときには、子供たちも即、欠席になってしまう。何とかお母さんや家族がやっている医療ケアを学校や社会全体で保障して、子供たちの通学というのがちゃんとできるように、また、二十四時間体制で子供の世話をしている親の負担も軽減していこうという動きが今全国に広がっております。

文部省もこの問題につきましては平成十年度、十一年度の二カ年で実践研究に着手しているということを伺いましたが、こうした医療ケアを必要とする子供たちの通学保障の意義についてどういうふうに認識されているかというのをまずお聞きします。

○政府委員（辻村哲夫君） 御承知のとおり、これまで小中学部のみでございましたいわゆる訪問教育も、試行的ではござい

ますけれども高等部まで広げまして、今これを行っております。

先般公表いたしました高等学校の学習指導要領あるいは盲・聾・養護学校の学習指導要領におきましては、この高等部の訪問教育を明確に指導要領に位置づけるという形で、完全学校週五日制下での学校運営ではスタートをしたいというふうに考えているわけでございます。

では、これはなぜかということでございますけれども、小学校、中学校、義務教育にとどまりませず、それを終えました後も勉学に励みたい、あるいは職業的な自立を目指そう、そういう子供たちにつきましてはさらに高等部に就学する機会を与えるということでございます。教育の機会をより豊かに与える、これが私どもの考えている視点というふうに言えようかと思えます。

○林紀子君 訪問教育もスタートをするということで、大変それは喜ばしいことなんですが、医療ケアをしながら学校に通うという子供たちの問題で、私も先日、いろいろ学校が工夫しながら医療ケアを行っている養護学校を東京都内とそれから兵庫県に行ってみてまいりました。大変感激をいたしました。大変重度な子供でも、学校に来て生徒とまた先生と一緒に学ぶことがどんなにうれしいことなのか、その表情で私の方にも本当に伝わってきたわけですね。

現場で工夫なさっている方たちの声を聞きますと、学校に看護婦さんなどのスタッフが不足している。直接子供とかかわっている担当の先生が医療ケアの研修を受けて、お母さんが習得した技術、その子供に合ったケアを習得することがどうしても必要なんだけど、研修体制というのがなかなか確立していない。先生が研修に行ってしまうともう現場では人手不足になってしまう。教えてくれるお医者さんの方もボランティアでやっているものですから、きょうは緊急な手術が入ったからだめですよということになってしまう。ですから、学校に看護婦さんを配置する、教員の研修体制を確立する、そして専門医、医療機関との連携をとる、現場ではこういう大きなたくさん要望が出されております。

文部省としては、こうした声に耳を傾けて、全国の養護学校で医療ケアを行えるように、現場の実情に即したガイドラインを出してほしいという希望が大変強いわけですが、そのことについてはどういうふうにお考えになっていますでしょうか。

○政府委員（辻村哲夫君） 私どもが把握しておりますそうした子供たちの数でございますけれども、なかなか正確な数は難しゅうございますけれども、現在、肢体不自由養護学校に在籍しております子供たちが一万八千名余ございます。その中には、病院の中の学校に行っている子供たち、あるいは併設の子供たち等々ございまして、現実にも、医療機関との連携のもとに学校運営が行われているような学校があるわけでございます。

そうした子供たちをのけまして、大づかみな数でございますけれども、一割くらい。ですから、二千名くらいの子供たちが単独の学校において今、保護者のお力をかりるとか、あるいは養護教諭さんの中でも看護婦の資格を持った方が対応するとか、さまざまな各学校での工夫によって今先生からの御指摘の対応をされているというふう聞いております。

そこで、問題でございますけれども、この問題は一つ医療行為とのかかわりがございます。したがって、ただ研修で対応できるにも限界があるわけでございます。

そういうことで、先ほど先生冒頭に紹介していただきました、私ども、十年、十一年度と二年間にわたって、医療機関と教育機関とのそういった関係をどういうふうにしていくのかと。一律にはなかなかこうだと言うのが難しゅうございます。そこで、まず実践的な研究をしてみようということでございます。それを受けまして、どのくらい私どもが一律的なガイドラインというものができるものかどうか、こうしたものも含めまして、医療との連携のあり方、これにつきましては研究をしていきたい。今現にやっておるわけでございますので、その研究を待ちたいというふうに思っております。

○林紀子君 もう現場ではこの対応が迫られているわけですので、二年間ということがあるわけですが、きちんとしたものをを出していただけたらと思うわけです。

3-2 滋賀県「障害児教育と医療の連携検討委員会」の提言

障害児教育と医療の連携について（ 提言 ）

平成 6 年 3 月

障害児教育と医療の連携検討委員会

障害児教育と医療の連携検討委員会提言

はじめに

滋賀県における障害児教育は、今日まで心身に障害を持つ全ての児童生徒が就学することを基本として取り組まれ、特に、昭和 54 年度よりの養護学校教育の義務制実施以降、一層充実、強化が図られて来た。

こうした結果、従来は就学猶予・免除の手続きをしていた重度・重複の障害児も、養護学校に就学することとなったが、近年、生命の維持や健康管理について配慮を要する児童生徒が増加している。

特に、ここ数年、経管栄養やたんの吸引・導尿等の医療行為を必要とする児童生徒が就学しており、日常生活のなかで常時医療的ケアを必要とする児童生徒や、また、体調の急変等によって緊急な医療的ケアが必要となる児童生徒の就学が多くなり、養護学校などでの健康管理に多くの課題が生じてきた。

これらの現状にあって、その教育措置のあり方と健康保持のための医療行為とのかかわりについて、問題が提起されてきている。

このため、本委員会は、これらの現状を認識しつつ長期的な展望のなかで、改善のための指針となる考え方や、その具体的な対応について 5 回にわたって検討を重ね、さらには、児童生徒への当面の対応の視点として、障害を持つ児童生徒の教育が保障され、生命が尊重されることを前提として検討を進めてきた。

学校生活における管理責任と医師法や学校保健法、および保健婦助産婦看護婦法等との間に十分にクリアできない部分があり、今後の課題とされるが、当面、学校で行う医療的ケアの方策等について一定の見解を示すこととした。

これらの見解は、今後、医療技術の進歩や社会の状況によって、判断や方法等について変化するものと予想されるが、県下養護学校に就学する医療的ケアを必要とする児童生徒の教育を推進する上で意義あるものになることを願うとともに、本県障害児教育の一層の発展を期待し提言するところである。

1 現 状

現在県下には、盲学校が 1 校、聾話学校が 1 校、養護学校が 8 校 1 分校設置されている。

このなかで、経管栄養やたんの吸引・導尿等日常生活の健康保持に医療行為が必要な児童生徒は平成 5 年 7 月 1 日現在、表 1 のとおり全在籍者数の 10 パーセントになっている。

こうした医療行為の必要な児童生徒の就学に当たっては、原則として、訪問学級において教育を行うこととしているが、保護者が希望し、児童生徒の体力、医師の診断、学校の指導体制等を総合的に判断して通学が可能な場合にあっては、保護者による対応を前提として通学籍としている。

また、こうした医療行為を必要とする児童生徒の障害の種別でみると、表 2 のとおり、肢体不自由の児童生徒に多く見られ、施設や病院に併設されている学校に特に多い。

医療行為の内訳は表 3 のとおり、たんの吸引と経管栄養が 63 パーセントを占めているが、いずれの行為も一定の訓練・基礎的知識を要求されるものであり、対応如何によっては生死に関わる行為でもある。

現在、こうした児童生徒に対する医療行為は、施設や病院における対応の他は、保護者が対応することを前提としているものの、保護者の不在や家庭の事情により、医師が不在のままやむを得ず養護教諭が対応する事例が数多く見受けられる。

< 表 1 >

日常生活で医療的ケアが必要	113名	14. 0%
学校生活で医療的ケアが必要	81名	10. 0%

盲・聾・養護学校全在籍者数 807名

< 表 2 >

障害の種類別	児童生徒数	%
精神薄弱	1名	1. 1%
肢体不自由	52名	64. 3%
病弱	28名	34. 6%

(注) 盲・聾話学校には在籍していない

< 表 3 >

医療的ケアの内訳	児童生徒数	%
経管栄養	22名	27. 2%
気管カニューレの管理	2名	2. 5%
たんの吸引	29名	35. 8%
導尿	5名	6. 2%
酸素吸入	4名	4. 9%
その他	19名	23. 4%

2 問題点

医療的ケアを必要とする児童生徒の学校生活をめぐって、次のような問題が提起され、学校における管理責任との関連で課題が生じている。

- (1) 訪問教育が適当と判断されるにもかかわらず、家庭の事情や保護者の不在・教育的配慮等により、通学籍にせざるを得ない場合があること。
- (2) 各学校には、医療的ケアに対応する職員が配置されていないこと。
- (3) 学校の教職員配置については、医師・看護婦の配置を定めていないこと。(緊急時における対応は学校保健法により養護教諭の職務と位置付けられている。)
- (4) こうした中において、養護教諭や教員が、たんの吸引や経管栄養等の医療的ケアを行わざるを得ない場合があること。
- (5) 医療行為に対しては医師法や保健婦助産婦看護婦法の規制があること。
- (6) 保護者の学校に対する期待が非常に高く、医療的ケアの実施を学校でも希望していること。
- (7) 体制整備ができていないことを理由に、通学籍を拒否できないこと。
(障害児教育の基本的認識への懸念)
- (8) 緊急に医療的ケアの対処をしなければいけないケースが多くなってきたこと。

3 学校で医療的ケアを行う場合の基本的な考え方

入院加療は必要としないが、日常生活において医療的ケアを必要とする児童生徒は、近年の医学の進歩とあわせ増加の傾向にある。

こうした医療的ケアは、本来医療行為と判断されており、医師以外の者が行ってはならないものである。

親権者である保護者の場合、①医師が医療行為の危険性の程度と保護者の知識・技術の習得の程度を判断し、保護者が行うことのできる具体的事項を指

示する。②保護者はその結果を医師に報告するとともに、医師がフォローアップすることを条件として、医療的ケアを行っている。

また、医療的ケアを必要とする児童生徒の学校における保護者の不在や医師の確保がされていない現状においては、就学の拒否ないしは訪問教育とせざるを得なくなり、結果として障害児教育の後退となってくる。

従って、今日まで、一人一人の障害の状態、身体症状、健康状態に即して、医療的ケアの危険性・難易度、技量(資格)・経験等を見極め、緊急措置の延長として、養護教諭がこれらの業務に従事し、出来る限り通学籍の確保に努めてきたところである。

こうした就学促進と医療的ケアの可能性の狭間を如何に埋めるかが大きな命題であり、今後の障害児教育の充実に結び付くものといえる。

このような状況で、当面、やむを得ず学校で行う医療的ケアに際しては、以下の諸点に十分留意するとともに、医師(主治医、学校医)、保護者、医療機関の判断と指示を十分尊重し、常時連絡が可能な状況を確認することが大切である。なお、本県における障害児教育は、これまで、一定の成果をおさめてきたところであるが、教育と医療の連携については、まだまだ緒についたといった感も見受けられ、今後施設や設備の整備と人的供給が求められる。

- (1) 対象となる医療的ケアは、保護者が家庭において行っている範囲内とすること。
- (2) 医師の指示は、可能な限り個別的・具体的に受け、常にケアの結果について医師に報告すること。
- (3) 対象となる児童生徒の障害の状態、身体症状、健康状態を十分把握すること。
- (4) 児童生徒の健康状態がおおむね安定していること。
- (5) 保護者との十分な信頼関係を保ち、同意が得られていること。

4 具体的な取組について

医療的ケアを学校において可能ならしめるためには、医師の配置あるいは保護者による措置以外にないが、社会的合意や財政的負担さらには保護者の事情等により、現実的な対応は困難な状況といえる。

従って、当面学校において為しうる具体的改善方策として次の事項について取り組むことを要請する。

(1) 情報の収集

医療的ケアを必要とする児童生徒の健康状態や具体的な処置方法緊急時における救命のための対応について、常に的確な情報を収集しておくことが最も重要である。

このため、就学相談の充実を図るとともに、

保護者や主治医、医療機関との密接な連携を保持し、健康状態、医療的配慮などの詳細な資料の収集や医療的ケアの方法について指導を受けるとともに、有効な利活用を図ること。

(2) 学校保健体制の充実強化

養護学校における健康教育の向上と児童生徒の健康保持増進のためには、情報の収集や適切な指導に加え、学校保健体制の充実が求められる。そのため、各学校においては、学校長、保健主事、養護教諭、主治医、学校医、病院等の関係者からなる学校保健委員会を充実させ、児童生徒の成長の状況や医療的ケアの具体的手法と配慮事項等について、意見交換をすることが大切である。

(3) 研修の計画的な実施

養護学校の児童生徒の中には、重度な運動障害に加え、体温調節機能、呼吸機能、摂食機能等の障害や、てんかん発作、身体の変形・拘縮、また、感染に対する抵抗力等への医療的配慮の欠かせない児童生徒が在籍しており、的確な健康状態の把握、健康の維持・増進、体力の向上、機能の改善に関する専門的知識・技術の習得が必要である。

今日までこうした児童生徒の健康管理や救急時の対応については、養護教諭の業務として職務分担をしてきたが、養護学校の質的向上を図る見地からも、養護教諭はもとより教職員を対象とした、研修の充実を図る必要がある。①

研修内容

ア 障害児に対する配慮事項や医療的ケアに関する基礎知識

イ 緊急時における具体的対処方法の習得

ウ 日常生活における医療的ケアに関する具体的対処方法の習得

② 研修方法

・医師、看護婦など障害児の療育に携わるスタッフ等による講義及び実技研修

③ 対象

養護教諭 教職員

(4) 手引書の作成

上記研修の充実強化と併せ、日常の学校生活において指導上活用出来る手引書を作成するとともに、教育措置、指導経過、指導上の工夫などについて、事例研究を進める。

作成にあたっては、医師や学校長、養護教諭をはじめ、看護婦養成機関の指導者、福祉施設の職員などから構成する作成委員会を設置し、基礎知識から実技にいたる幅広いマニュアルを

作成する。

5 今後の課題

医療的ケアに対する当面の処方については、実態を踏えての質的向上を図ったものであるが、法的制約がある中での根本的な解決を見つけ出したものではない。

学校における医療的ケアの受け止め方については、各都道府県や政令市においても異なっており、本県における理解も必ずしも一致を見ていない。

しかし、医療的ケアを必要とする児童生徒にとって、一定水準の教育を受けるためには、教育と医療は一体的なものであり、教育と医療のあいだに常時連携が保たれることは大切である。

こうした観点から、養護学校における医療的ケアの対応についての今後の課題は多く、医学の進歩や医療に対する社会通念の変化に応じた課題解決への取り組みが求められる。

この他、医療行為と生活行為の問題についても、その見解の変化が予想され、学校関係者と医療関係者および行政関係者がその実態を踏まえ、十分に検討、論議されることを期待する。

(1) 養護教諭の複数配置

医療的ケアの必要な児童生徒の就学の増加に伴い、学校における医療的ケア等への対応に当たる養護教諭の業務内容や処置件数も増している現状から、現在配置されている養護教諭の配置数(1校)ではその負担は大きい。

そのため、円滑な対応をはかるため、在籍児童生徒数や児童生徒の医療的ケア等の状況を見極めて、養護教諭(看護婦免許の有資格者がのぞましい)の複数配置をすることが必要である。

(2) 医療的ケアに対する協力病院の依頼

医療的ケアの必要な児童生徒のケアの方法や配慮事項等についての指示や指導・助言を受けるために、医療機関との連携は大切である。

そのため、医療関係機関として協力病院を依頼し、適切な指示や指導・助言を受けることが大切である。

また、緊急措置時における対応についても速やかに実施されるよう連携依頼を図ることも必要である。

(3) 訪問教育の充実

学校における医療的ケアにも自ずと限界があるものと思われる。

これがため、現在、週2回2時間の訪問教育を充実強化する必要があるものと考えられる。ただ、教育の基本である、集団による教育力の向上を図るため、スクーリングの回数を増やすことも重要なポイントである。

（４）施設、設備の整備

医療的ケアの必要な児童生徒への対応を図るには、今後、医療的ケアに必要な施設、設備が必要となる。そのため、必要とされる施設設備および備品等については学校、学校医、主治医、関係病院、および関係施設と協議しながらその充実を図ることが必要である。

（５）感染症対策

各学校においては、感染症に対する予防の処置は実施されているというものの、医療的ケアを必要とする児童生徒の健康状況から考えると、感染症に対する予防的配慮はより重要である。そのため今後も、感染症予防のための方策を講じなければならない。

【用語解説】

経管栄養－口または鼻から胃までチューブを挿入し、栄養物を注入すること。

吸引－自力でたん等を排出することが出来ないため、機器等で体外へ排除すること。

導尿－自力排尿ができないため、尿道から膀胱までカテーテルを挿入し、尿を導くこと。

気管カニューレの管理－気管切開部に器具を装着して気道を確保し、呼吸状態の安定を図ること。

酸素吸入－酸素不足を補うため、各種の濃度の酸素を吸入すること。

就学免除－学齢児童生徒が病弱・発育不全その他やむを得ない事由のため、就学が困難と認められた場合に就学を免除すること。

就学猶予－学齢児童生徒が病弱・発育不全その他やむを得ない事由のため、就学が困難と認められた場合に就学を猶予すること。

医療行為－医師が行う医事行為。

医療的ケア－医師の指示、指導により、保護者または保護者にかわる者が行う医療的行為。

3-3 千葉県「第２次千葉県障害児教育検討委員会」の報告

本県障害児教育の課題と今後の在り方について（報告）

平成１１年３月

第２次千葉県障害児教育検討委員会

第１章 「養護学校における医療的援助行為の在り方について」

１ はじめに

平成７・８年度の先の千葉県障害児教育検討委員会では、医療行為を必要とする児童生徒の状況と学校の対応状況について実態調査を行うと共に援助の在り方について、次のような考え方と原則及び内容を答申としてまとめた。

（１）「医療的援助行為」のとらえ方

「医療的援助行為」は、それを必要とする児童生徒の生命を支え、学習が成立するための基本的な状態を維持するために必須の援助行為であり、「教育上の医療的配慮を要する援助行為」であると考えられる。

（２）「医療的援助行為」の対応の原則及び内容

学校で対応する「医療的援助行為」は、医師の具体的な指示を受けて行うものとされている「相対的医療行為」に属するものの一部であり、次の原則を踏まえて対応することが妥当である。

対応４原則

ア）急変の可能性をもつ疾患に対応して行われる治療としての「医療行為」及び緊急時に行われるものは含めない。

イ）疾患が相対的に安定した後に、生命活動の障害に対応して行われるものであり、内容は、それを必要とする児童生徒の日常生活を構成する一つの基本的かつ不可欠な要素であり、その行為の必要性がかなり長期間にわたって存在するものに限定される。

ウ）対応に当たっては、医師の具体的な指示と許可が得られ、保護者からの依頼がある場合に限り、校内における検討委員会等での検討と、必要な手続きを経て行われるべきであること。

エ）医師からの指示により援助方法の研修を受けた教職員が対応すること。

具体的内容は、①吸引（電動・手動の吸引器での口腔・鼻腔内等の分泌物・吐物の吸引）、②経管栄養（胃や十二指腸に挿入・留置されたチューブからの栄養分や水分の注入）、③褥そう部の管理（医師の指示を受けて有資格者が行う）、④与薬の４項目とした。

これらの行為及び関連する行為は、個々の児童生徒の実態及び状況に応じて個別に検討されるべきものであり、対象となる児童生徒の心身の状態の変動に応じて、その時々状態に合った適切な対応をすることが最も重要である。

こうした考え方及び対応の原則・内容について、本検討委員会では、この２か年にわたり、県立船橋養護学校に研究協力を依頼して実践的な検討を進めてきた。この間、文部省による「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」が、平成１０年度から始まり、養護学校における医療的バックアップ体制等に関する研究が、全国的に進められている。以上の事柄を踏まえ、研究協力校における実践研究の結果に基づいて、医療的援助行為の在り方をより具体的に検討し、対応の原則と具体的内容・手順・対応のための条件整備、職員研修について今後の方向性をまとめた。

２ 「医療行為」を必要とする児童生徒の状況

（１）在学者の状況

平成９年１０月１日現在の県立盲・聾・養護学校２７

校（病弱養護学校2校を除く）の在学者3,102人のうち、学校生活の中で「医療行為」を必要とする児童生徒は299人で、全体の9.6%を占める。このうち肢体不自由養護学校には144人が在学しており、肢体不

自由養護学校の在学児童生徒の17.4%になる。次いで割合が高かったのは、知的障害養護学校の149人で、在学児童生徒の7.8%を占めている。

表1 盲・聾・養護学校における医療行為を必要とする児童生徒数（H9.10.1現在）

学校種別	在学数 (訪問、病院・施設内学級) 人数(%)	医療行為を必要とする児童生徒 人数(%)	内 訳	
			家庭・施設のみで医療行為を必要とする児童生徒 人数(%)	学校生活の中で医療行為を必要とする児童生徒 人数(%)
盲・聾学校	358 (0)	30 (8.4)	24 (6.7)	6 (1.7)
	397 (0)	39 (9.8)	29 (7.3)	10 (2.5)
知的障害	1,916 (59)	554 (28.9)	205 (21.1)	149 (7.8)
	1,936 (34)	322 (16.6)	405 (10.6)	117 (6.0)
肢体不自由	828 (74)	537 (64.9)	393 (47.5)	144 (17.4)
	800 (33)	510 (63.8)	328 (41.0)	182 (22.8)
合計	3,102 (133)	1,121 (36.1)	822 (26.5)	299 (9.6)
	3,133 (67)	871 (27.8)	562 (17.9)	309 (9.9)

※各欄下段の数値は、平成7年度の調査結果である。

※病弱養護学校の児童生徒は、学校生活の中で医療行為が必要となった場合は、隣接する病院で対応しているため、本集計から除外してある。

前回の調査（平成7年10月1日調査）と比較すると、
・知的障害養護学校では学校生活の中で医療行為を必要とする児童生徒が1.8ポイント増加しているが、前回は「与薬」を医療行為と認識しないで回答した結果であると解される。さらに、近年、保護者が地元の養護学校を就学先としていることも影響していると考えられる。
・肢体不自由養護学校では、学校生活の中で医療行為を必要とする児童生徒数は減少している。これは、家庭や施設内で、朝夕の時間に与薬をはじめとする医療行為を行っていることが多くなっているためと考えられる。

・学校生活において必要とされる「医療行為」で最も多かったのは「与薬」の246人（前回234人）、次いで「吸引」の15人（同27人）、「経管栄養」19人（同19人）、「導尿」8人（同14人）の順であった。このうち「与薬」については、知的障害養護学校に134人、肢体不自由養護学校に106人であり、「吸引」については、肢体不自由養護学校に10人の外、知的障害養護学校にも5人おり、「導尿」や「経管栄養」についても同様の傾向がみられた。

表2 学校生活において必要とされる「医療行為」の内訳（人数）

学校種別	内 訳	経管栄養	人工呼吸器の管理	気管切開部の管理	エアウェイの管理	酸素吸入	吸引		ネブライザー	導尿	人工肛門の管理	与薬 座薬 内服薬	注射	褥そう部の管理	包帯交換	学校生活で医療行為を必要とする児童生徒	左記以外（医療行為）の具体的な身体状況
							気管内	その他									
盲・聾学校												68	2			610	皮膚疾患
養護学校	知的障害	64			11		14	42		23	11	13498		2	2	149117	低体温、重責発作、等
	肢体不自由	1315	1	22		31	24	817	11	611	1	106128		1	1	144182	同上
合 計		1919	1	22	13	31	38	1219	11	814	21	246234	2	12	12	299309	

※各欄下段の数値は、平成7年度の調査結果である。

※病弱養護学校の児童生徒は、学校生活の中で医療行為が必要となった場合は、隣接する病院で対応しているため、本集計から除外してある。

(2) 学校での対応状況

- ①「医療的援助行為」の検討を、全体の8.5%にあたる23校が行っている。中には、すでに「校内医療的援助行為検討委員会」を設けて検討を始めている学校もある。
- ②教員等に対する研修の実施又は実施予定校は、7校であった(平成7年度は9校)。学校数が減った背景には、研修の講師選択が難しいことや、「健康と安全のハンドブック」(調査時点では作成中)を、研修資料として計画したいという学校があったこと等が考えられる。
- ③具体的対応の課題としては、医療的援助行為の実施手続き・手順(ガイドライン)等の明確化、人的・物的条件の整備、医療機関との連携等を求める回答が多かった。

3 研究協力校における実践研究

研究協力校の県立船橋養護学校は、児童生徒数112名、開校21年目の肢体不自由養護学校である。97.3%が

重複障害児であり、従来は訪問教育の対象と考えられていた児童生徒も、自家用車等による通学が可能な場合は、通学する者が増えている。また、通学区域は6市にまたがり広域である。

(1) 対象児の実態

与薬以外の医療的援助行為を必要とする児童生徒13名のうち、保護者から依頼があった2例について前回の「答申」に基づき、平成9年度及び10年度のモデルケースとして選定し、実践的検討を進めた。(いずれも経管栄養による対応)

ケース1は、子どもの健康状態を見ながら主治医及び指導医の指導助言により対応してきたものである。ケース2は、医療的援助行為の継続について、実施上の手続きや手順方法等について検討したものである。

ケース	医療的援助行為の内容	年度	医療的援助行為等の実態
1	経管栄養(胃ろう) ・経腸栄養剤、水分の注入	H9 H10	経管及び経口栄養の両方である。学校では、担任が食べさせ、注入を母親が行う。 摂食指導、健康管理、かわり方等について、保護者と情報交換をする。 経管及び経口栄養の両方である。給食を食べているが、摂取量により経腸栄養剤(クリニミール)や水分(T3顆粒)の注入を5月より担任が行う。
2	経管栄養(鼻腔) ・経腸栄養剤、水分の注入	H9	健康状態が安定している時は、保護者や主治医に相談し、指導を受けながら担任が注入を行う。 6月後半より健康状態が安定している時は、保護者の待機をなくし、複数の担当者が注入を行う。

(2) 医療的援助行為の実施の手続き

医療的援助行為の実施については、先の検討委員会の「答申」で示された「医療的援助行為」への対応の原則及び内容に基づき、第2次の検討委員会は「医療的援助行為実施要項」(資料1)を作成し、これに基づいて対応の原則及び必要な手続き等について実施した。

実施に当たっては、対象となる児童生徒の主治医であり

校医でもある船橋市立医療センターの医師に指導医を依頼し、医療的援助行為を実施するに当たっての教員への研修と指導・助言をお願いした。

なお、実施に当たっての手順と手続きに必要な文書等の扱いについては、指導医の指導・助言を受けながら以下に示す内容で進めてきた。

実施手順と手続きに必要な文書(依頼書等)

- ①保護者から学級担任に依頼(口頭)。
 - 1) 養護教諭、学部主事、学級担任の意見をまとめた上で学部会で検討し、校長に報告。
 - 2) 学部会の検討結果に基づき、校内検討委員会で以下の点について検討。
 - ・答申に基づいているか?・主治医の考え(保護者を通じて)・該当児童生徒の健康状態
 - ・学校生活への影響
 - ・保護者の協力
- ②保護者が校長宛に医療的援助行為の実施を依頼。→依頼書[様式1]
(書式は資料2に示す)
- ③依頼を受けた医療的援助行為について、校長が主治医宛に意見、指導を求める。
→医療的援助行為についてのお願ひ[様式2-1]
- ④医療的援助行為の実施について、主治医から校長宛に意見・指示。
→所見・指示書[様式2-2]
- ⑤当該児童生徒に関する学校医の意見・指導。→医療的援助行為[様式3]
- ⑥当該児童生徒に関する指導医の検診所見、意見、指導。
- ⑦校内検討委員会で検討し、校長が決定。
 - ・医師の意見・指導に基づき、必要事項について再度検討する。
 (当該児童生徒の医療的援助行為の内容、実施期間、実施職員等)

・職員会議で、校内検討委員会の検討事項及び校長の決定事項について報告する。

⑧医療的援助行為の実施内容について、検討結果を校長から保護者に通知。

→通 知 書 [様式4]

⑨学校からの通知内容を了承した旨、保護者からの校長宛に連絡。

→承 諾 書 [様式5]

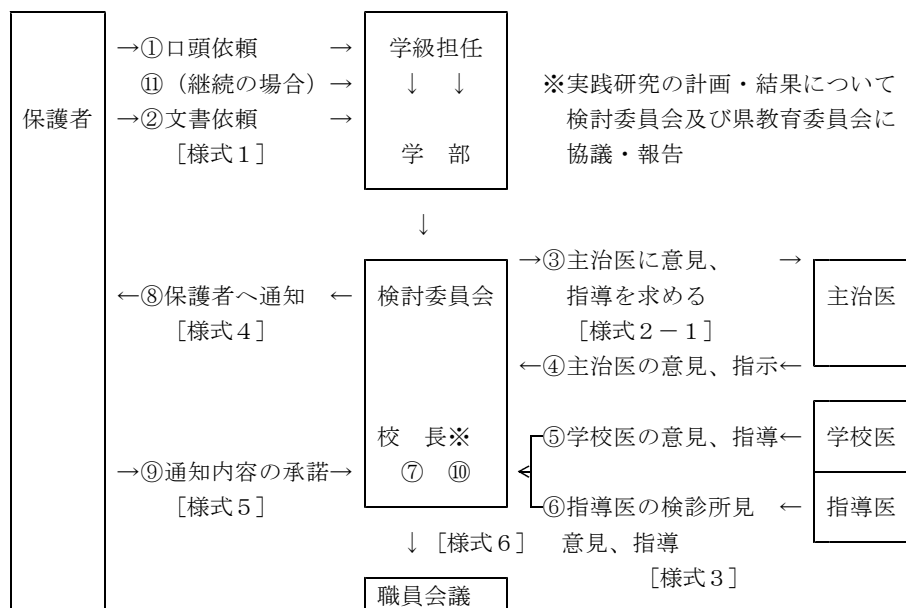
⑩校内検討委員会は、具体的な実施について手順書を作成し、学期毎に職員会議を通じて、全職員に医療的援助行為実施中の状況等を報告。

→医療的援助行為実施報告 [様式6]

⑪継続の場合は、年度を節として、該当児童生徒の健康状態をみながら、再度実施に当たっての手順に沿って手続きを進める。

→＜手順①～⑩＞

図1 実施手続き



(3) 指導実践

①経管栄養（胃ろう）（経腸栄養剤、水分の注入）

期間	経 過	指導医等の指導、助言	校内検討委
H9.4	・保護者・養護教諭の話し合いにより徐々に保護者の午前中の学校待機をなくしていく ・給食は保護者同席で、担任が摂食指導を行い、栄養と水分の摂取量の補いに保護者が注入を行う ・経口摂取の量が増えてきた段階で、注入は水分補給のみになる ・注入中は担任が同席し観察する給食時の様子（経口摂取、注入）が安定している為、保護者の希望による注入を、担任が行う方向について、保護者の理解を得る		*1学期は1回実施
H9.9	・資料を作成し、学部会で経管注入を担任が行うことについて提案する ・職員会議に提案		手続きをすることを決定
H9.11	・保護者より「依頼書」の提出 ・保護者と学校の協力で24時間生活記録をとる（睡眠、注入、食事量、排泄等を重点	・主治医からの指導・助言（健康状態、1日に必要な栄養と水分、経口摂取と注入等）	

	的に記録)		
H9.12		・主治医より「所見・指示書」 ・指導医からの指導・助言	※2学期は3回実施
H10.2	・保護者に「通知書」を渡す ・保護者に注入の方法を教わり、担任も一緒 ・保護者より「承諾書」の提出	・主治医からの指導・助言 (学校で実際に注入場面を観 察しながら)	
H10.3			医療的援助行為の確認 ※3学期は2回実施
H10.4	・主に担任が注入を行い、保護者は同席し ていたが、徐々に別な場所での校内待機と なる	・指導医による実技研修 ・指導医による研修	
H10.5	・経口摂取の量により栄養剤や水分の注入 を全面的に担任が行う ・本児の医療的援助行為についての写真入 りマニュアルを作成		※平成10年度は5回実 施予定

②経管栄養（鼻腔）（経腸栄養剤、水分の注入）

期間	経 過	指導医等の指導、助言	校内検討委
H10.2	・保護者より「依頼書」の提出 (平成10年度の継続を希望)		
H10.3	・継続については、指導医に担任の注入 の場面を実際に見ていただき、指導助言 を受けた上での決定にする ・体調が整わないことや、体力の低下が 見られる	・主治医より「所見・指示 書」	・健康状態から継続が 可能か検討
H10.4	・保護者が注入する様子を、指導医に見 ていただく ・欠席日数が増える場合（現在週1～2 日の出席）は継続について再検討するこ とを共通理解（指導医の助言）		・指導医の参加 ・注入を担当が継続し て行う事を決定
H10.5	・注入を保護者が行い、学級担任が学 ぶ。徐々に担任が注入を行い、保護者が 同席する。 ・放課後、担任相互で注入の方法の実技 研修を行い、全ての担任が習得する。		
H10.6	・後半より、注入を担当が複数で行い保 護者の学校待機は無くなる。	・指導医の直接指導・助言	

③校内研修

平成9年度は指導医等による研修として、全職員を対象にした全体研修を2回、対象児への対応についての個別研修を2回、計4回の研修を行った。

平成10年度は、指導医による研修として、対象児童生徒への対応についての個別研修として7回、1回につき1～2名の教員が注入の仕方について指導を受けて指導医の許可を得た者が実際の注入を担当した。全職員を対象にした全体研修は、年間3回行い、併せて計10回の研修を実施した。

（4）実践のまとめ

①教育的成果

- 1) 健康状態に支障がない限り積極的に学習に参加できた。
- 2) 食堂で注入や摂食介助を行ったことで、複数の教員が

対象児の様子を見ることができ、注入の準備等、周りの職員が自然に協力する姿勢が強まった。

- 3) 食堂で担任が注入するので、学級の他の児童生徒が経管栄養について自然に受け止めることができるようになった。
- 4) 職員間に障害の重い子どもの健康・医療についての理解が深まり、ていねいに子どもを観察することができるようになった。

② 保護者との連携

- 1) 子どもの健康状態、注入や摂食時の具体的な対応や介助の仕方などについて共通理解が図れ、信頼関係が深まってきた。
- 2) 対象児の対応に関する研修に協力が得られた。

③ 医療機関及び指導医との連携

- 1) 主治医、指導医の協力が得られ、実際に注入場面での具体的な指導・助言もあり、担当者の不安が解消された。
- 2) 対象児の健康状態に変化があった場合も、継続して具体的な指導・助言を指導医から受けることができ、その時々々の状態変動に応じた対応ができた。

④ 職員研修

- 1) 対象児への対応に関する研修は、指導医による注入の実際場面での指導・助言であり、良く理解ができ実際の対応に自信が持てるようになった。
- 2) 校内の職員を対象にした研修では、障害の重い子どもの健康に関する基礎的な知識、医療的援助行為の対応・方法などの理解が深まった。

(5) 課題

- ①対象となった児童生徒の健康状態が変動したため、医療的援助行為の実施についてはその時々々の状況に応じて中断をしてきたが、今後、対応の内容及び実施についての再検討の期間等、どのようにするかを明確化していく必要がある。
- ②健康観察、姿勢、呼吸の介助等、さらに広い知識の習得と臨床研修が継続的に必要である。
- ③担任、養護教諭、学校医、主治医、指導医等、対応に関

する専門機関・スタッフの協力体制と、それぞれの役割分担を明確にし、十分な連携を図る必要がある。

- ④医療的援助行為に必要な機材・備品等の充実と、安全で衛生的な教育環境の整備が必要である。

4 「医療的援助行為」の具体的対応の在り方～実践研究を踏まえて～

(1) 「医療的援助行為」の対応の原則と具体的内容・手順

①具体的な医療的援助行為について

先の検討委員会の答申を基に、研究協力校での実践研究を通し、医療的援助行為の対応の原則について検討を加えた。

ア) 急変の可能性を持つ者や緊急時に行うものは含めないこと。

→原則として妥当であるが、医療的援助行為の対象となる児童生徒の実態からみて、体調の変動が著しく健康状態が不安定な状態になる場合も多い。この場合、学校として医療的援助行為を一時中断し、健康状態が比較的安定して指導医から許可が出た場合、対応を再開することが重要である。

また、医療的援助行為を実施中に何らかの緊急事態が生ずる場合も想定し、その対応について具体化しておく必要がある。(図2にそのモデルを示す)

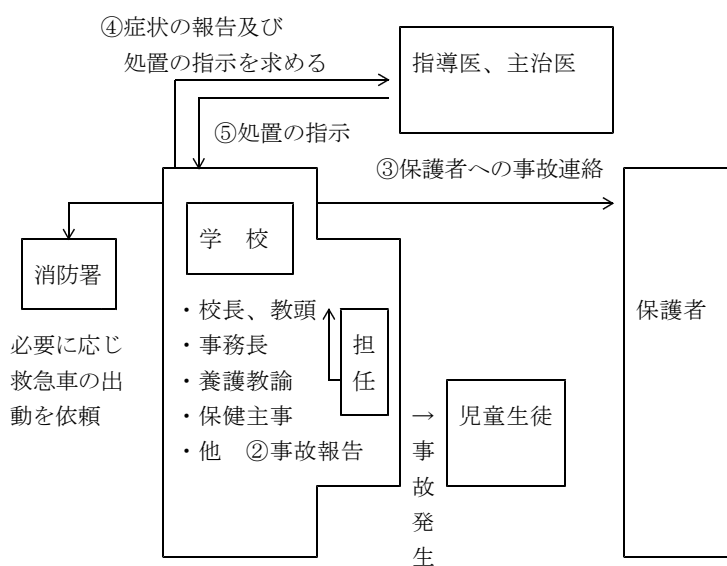


図2 医療的援助行為実施中の緊急連絡体制（モデル）

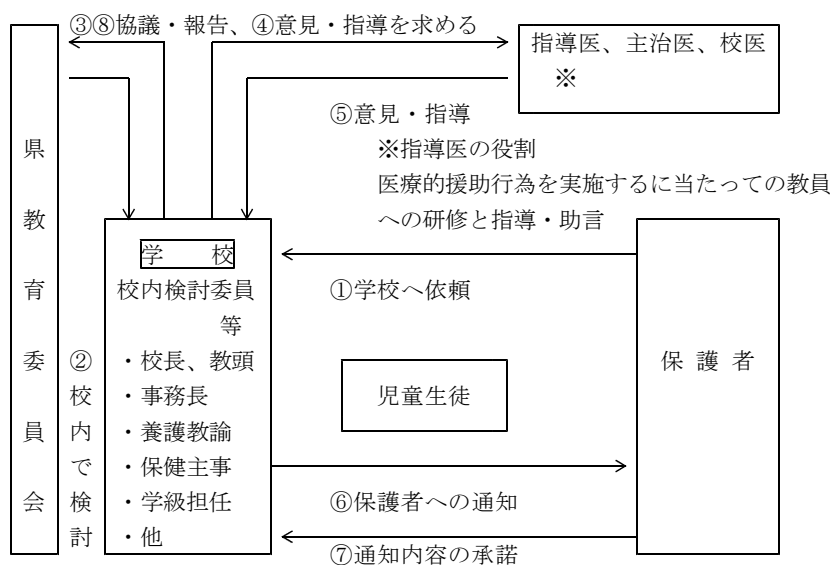
イ) 児童生徒の日常生活を構成する基本的かつ不可欠の要素であり、その必要性が長期間にわたって存在すること。

→研究協力校での2名の実践事例から、経管栄養（胃ろう、鼻腔）等、日々継続的に対応を図ることが、児童生徒の生活リズムを安定させ、学習への参加を支えることにつながる事が分かる。

ウ) 対応に当たり、医師の具体的な指示と許可が得られ、保護者からの依頼がある場合に限り、校内検討委員会等での検討と必要な手続きを経て行われること。

→研究協力校での実践を踏まえ、医療的援助行為を円滑に進めるための組織や実施の手順・手続きのモデルを図3に示す。

- ②医療的援助行為の具体的内容については、研究協力校での実践を踏まえ、さらに、文部省の実践研究の具体的内容を参考にして検討した結果、新たに「自己導尿の補助」を含める必要があると考える。



(2) 対応のための条件整備

①指導医及び医療機関との連携（人的環境）

研究協力校での実践では、指導医が、当該校の多くの児童生徒の主治医であり、かつ校医でもあるという事情もあるため、実践研究が円滑に進められた経緯がある。しかし、地域によって状況が異なり、医療機関とどのようにして連携を図っていけばよいかは課題となっている地域も少なくない。したがって、今後、こうした各地域の実状に応じた家庭・学校・医療・福祉の連携を確立・強化していく上で、指導医に期待する役割は極めて大きな責任を伴うものとならざるを得ない。これを支えるため、各地域における医療機関と家庭・学校の連携を、さらに進めていくことが望まれる。

また、指導医の依頼については、医師会及び県内の医療機関の推薦による医師を中心にチームをつくり、県内をいくつかの地域ブロックに分けて、それぞれ担当を依頼する地域を指定して、指導医及び医療機関の協力システムを確立するといった対応を県教育委員会が具体化していくことが必要と考える。

②備品等の整備（物的環境）

研究協力校での実践ならびに平成9年度の調査結果に示されているように、医療的援助行為を安全・清潔に対応できるよう、それに必要な備品等の条件整備も併せて進めていくことが望まれる。（必要な備品等については資料3に示す）

(3) 職員研修の在り方

職員研修について、以下に挙げる内容・方法等で実施することが必要と考えられる。その際、ハンドブック「健康・安全の手引き」（千葉県教育委員会１９９８発行）を積極的に活用し、理論面・実技面での研修を進めることが望ましい。

①対象児に対する対応上の研修

- ・指導医や主治医の指導を受けながら、対象児の健康状態

の把握や特定の医療的援助行為に係わる手技・手法について、担当者の習熟をめざす。

②一般的な知識・技術の習得について

- ・校内の現職研修等の機会を通して、各学校のニーズに即したテーマや内容を取り上げ、指導医等による講義・実技等の研修を行う。

③特殊教育センターにおける研修講座

- ・ 専門講座（重度・重複障害）の中で医療的援助行為について取り上げ、理論・技術の両面から専門的な内容・方法について研修する。
- ・ 長期研修等による研修として、県リハビリテーションセンターやこども病院等において、一定の期間、理論と技術の両面からの習熟をめざす。

5 今後の課題

本章の冒頭で述べたとおり、文部省による「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」が平成10年度から始められた。今後の研究成果を踏まえながら、学校における医療的援助行為の在り方について、人的・物的環境整備も含めた着実な実践的研究を進めていくことが必要である。その際、職員の研修体制の確立を基盤に、医療的援助行為を必要とする児童生徒一人ひとりの、その時々

の状態に即した実施体制を整えていくことが重要である。この2か年の実践研究から明らかになったことは、指導医の役割の重要性、全校職員の研修と共通理解、校内での検討組織と実施体制の確立であり、加えて、医療的援助行為の実施に必要な備品等の条件を整備することが必要と考えられる。こうした諸条件は、各学校及び地域によって異なるため、今後も引き続き県内の各学校における実践的な研究を継続し、さらに推進していくことが必要である。

さらに、この２年間、医療的援助行為をめぐる状況は急速に変化してきた。「訪問看護」等による地域医療体制の整備がそのひとつであり、今後、各学校の状況に応じた医療的援助行為の実施体制を整備しつつ、こうした制度の活用についても、併せて検討を進めることが望まれる。

3-4 総務庁から厚生省に対する勧告

要援護高齢者対策に関する行政監察結果 ―保健・福祉対策を中心として―（要旨）

勧告日：平成11年9月24日

勧告先：厚生省

実施時期：平成10年8月～11年9月

監察の背景事情等

- 少子・高齢化の進行に伴い、寝たきり老人等の要援護高齢者数は、現在、200万人以上に上っており、平成37年(2025年)には520万人へと急激に増加の見込み
- 高齢者介護に係る問題は、国民にとって老後の最大の不安要因の一つになっており、高齢者に対する自立支援や家族の介護負担の軽減等のための社会的な支援施策の確立が大きな課題
- このため、平成12年度からは、新たに、保健・福祉・医療サービスの総合的な提供を目指す介護保険制度の実施が予定されており、本制度への円滑な移行に向けて、ニーズを踏まえたサービス提供基盤の整備、適切かつ効率的なサービスの提供等のための制度・運営の見直し等が求められている。
- 調査対象機関：厚生省、都道府県（17）、市町村（51）、関係団体、事業者等
- 担当部局：行政監察局、管区行政監察局（7）、四国行政監察支局、行政監察事務所（9）

調査結果

1. ニーズを踏まえたサービス提供基盤整備計画の策定（省略）

2. サービス提供基盤の整備推進（省略）

3. ホームヘルパー業務の見直し

ホームヘルパー業務においては、医療行為に該当するものは実施不可（看護婦等が実施）

医療行為は、医師の医学的判断、技術によらなければ人体に危害を及ぼすおそれのある行為で、具体的には、社会通念に照らして個別に判断することとされている。

○医療行為の範囲は、不明確であり、身体介護に伴って必要となる行為が医療行為に該当するか否かの判断は事業者により区々。また、医療行為を行うことができる看護婦等を訪問させる老人訪問看護事業については、週2回以下が全体の約88%（34事業者、利用者1,593人）

このため、事業者の中には、状況によってはホームヘルパーが行わざるを得ない等として、傷口のガーゼ交換、血圧・体温測定、軟膏の塗布、座薬の注入、浣腸、目薬の点眼等の一部を実施しているものがみられ、また、これらの行為を実施できるようにしてほしい旨の要望あり

ホームヘルパーが、身体介護に関連する行為をできる限り幅広く行えるようにすることが、利用者等のニーズに沿うとともに、介護家族の負担軽減、看護婦等の人材活用の効率化等にも資する。

勧告要旨

身体介護に伴って必要となる行為をできる限り幅広くホームヘルパーが取り扱えるよう、その業務を見直し、具体的に示すこと。

4. サービス利用者に対する情報の積極的な提供（省略）

5. その他の勧告事項（省略）

4 病気療養児の教育について

以前、病気入院中は、治療・療養が優先であり、教育は二の次と考えられていました。しかし、近年、小児がんや白血病等の悪性新生物といわれる疾病や難病の増加、また医療技術の進歩に伴う治療法の変化により、短期入院や入退院を繰り返す児童・生徒に対しても、適切な教育を行って欲しいというニーズが高まり、具体的な対応が急がれることになりました。

文部省は、こういった状況を踏まえ、平成5年6月に「病気療養児の教育に関する調査研究協力者会議」を設け、「病気療養児の教育について（審議のまとめ）」の提出を受けて、平成6年12月21日付で各都道府県教育委員会教育長宛に「病気療養児の教育について」を通知しました。以後、各地で病気療養中の児童・生徒の教育機会を保障するための検討が進むとともに、大学の付属病院等に院内学級等の設置が増えてきました。そして、学習活動の充実に向けての取り組みも試行錯誤で行われています。

ここでは、全国病弱教育研究会が調査した「東京の病弱教育（98年度実態調査）」を紹介します。

4-1 東京の病弱教育（98年度実態調査）

1. はじめに

東京の病弱教育は転地療養の形で始まり、その後区立の健康学園、都立の病弱養護学校として発展してきた。しかし、1974年に始まった障害児の全員就学では、病弱教育はほとんどなにも手を加えられなかった。

その後病弱教育の問題は大きく様変わりをしてきたにもかかわらず、体制はほとんど変わらなかったため、病院入院児や在宅児の教育は、肢体不自由校が肩代わりする形で進展してきた。そのため、病弱校には高等部が未設置のままであったり、訪問教育が未実施であるなど、大きな矛盾や問題点がクローズアップされてきた。

また、区立の健康学園も入園希望者が減少していることを理由に、いくつかの区ですでに休園したり廃園になって、この動きはさらに進む可能性がある。基本的に病弱児の絶対数は当分減少することはないと予測されていることと合わせて考えると、極めて憂慮すべき状況といわざるを得ない。

そこで、今回、病弱校及び肢体不自由校を中心に、病弱教育の実態を少しでも明らかにしたいと考え、別紙のような実態調査を実施した。趣旨が徹底しなかったこともあって、不十分な結果ではあるが、確かめられた数字から若干の検討を加えたいと考えている。

2. 調査対象養護学校及び院内分教室・院内学級・病院訪問

（現在は訪問していないが、過去に、または対象者がいれば訪問するところも含んでいる）

学校名	病 院 名	形 態
都立光明養護	国立小児病院	そよかぜ分教室
	日本赤十字医療センター	訪問
	東邦大学医学部付属大橋病院	訪問
都立江戸川養護	東京慈恵会医科大学附属青戸病院	訪問
	都立北療育医療センター	訪問
都立小平養護	国立精神神経センター武蔵病院	武蔵分教室（なないち学級）
	秋津療育園	訪問
都立北養護	東京大学医学部付属病院	こだま分教室
	順天堂大学病院	訪問
	日本医科大学付属病院	訪問
	帝京大学医学部付属病院	訪問
都立城北養護	東京女子医科大学医学部附属第二病院	訪問
都立城南養護	昭和大学病院	訪問
	東邦大学医学部付属大森病院	訪問
	東京慈恵会医科大学病院	
都立村山養護	国立療養所村山病院	
	東京小児療育病院	訪問
	都立東大和療育センター	訪問
都立府中養護	都立府中療育センター	訪問
	都立神経病院	くぬぎ分教室
	杏林大学病院	訪問
都立八王子東養護	都立八王子小児病院	訪問
	東京医科大学八王子療育センター	訪問

都立多摩養護	島田療育センター	訪問
都立墨東養護	日本医科大学医学部附属永山病院	島田分教室
	国立がんセンター	訪問
	聖路加国際病院	いるか分数室
	日本大学駿河台病院	訪問
	都立墨東病院	訪問
新宿区立新宿養護	国家公務員共済組合連合会九段坂病院	訪問
	東京医科大学病院	訪問
	東京女子医大病院	訪問
	慶応大学病院	訪問
	国立国際医療センター	訪問
都立青島養護	都立梅丘病院	訪問
		梅丘分教室
日野市立日野五小	日野市立総合病院	
武蔵野市立境南小	武蔵野日赤病院	院内学級
武蔵野市立第六中	武蔵野日赤病院	院内学級
八王子市立第七小	都立八王子小児病院	院内学級
八王子市立第七中	都立八王子小児病院	院内学級
足立区立青戸小	東京慈恵会医科大学附属青戸病院	院内学級
都立久留米養護本校		院内学級
都立片浜養護		

3. 調査結果

(1) 各学校・学級別児童生徒数

1998年度に通学または訪問指導した児童生徒数は、小学校児童289名、中学校生徒204名、高等部生徒33名、合計526名となっている。

(2) 病気の種類と比率

調査は具体的な病名を記載してもらったが、ここでは大ざっぱにまとめた。

10例以上は、「腎臓疾患」「白血病」「悪性腫瘍」「血液疾患」「脳性まひ」「精神疾患」「心因性疾患」となっている。その他はすべて10例以下である。

〔表1〕児童生徒数

形態別	小学部	中学部	高等部	合計数	回答無	学校	
病弱校本校	8	28	0	36	0	1	36
分教室	190	114	28	332	1	8	47.4
院内学級	32	13	0	45	0	3	15
訪問	59	49	5	113	0	11	10.5
合計	289	204	33	526	1	23	23.91

〔表2〕病気の種類と比率

結核性疾患	4	0.8
腎臓疾患	45	9.05
心臓疾患	5	1.0
白血病	45	9.05
悪性腫瘍	26	5.2
血液疾患	11	2.2
膠原病	3	0.6
糖尿病	8	1.6
肥満	1	0.2
筋ジストロフィー	3	0.6
脳性まひ	20	4.0
骨疾患(骨折を含む)	9	1.8
精神疾患	25	5.0
心因性疾患	50	10.1
その他	176	35.4
診療科目のみ	66	13.3
合計	497	100

(3) 各学校・学級の教員数、教室等

教員数は分教室だけまとめた人数が確保されているが、院内学級と訪問は1～2名のところがほとんどで、たいへん厳しい状況である。

教室は、分教室と院内学級はすべて専用教室が設置されている。訪問学級でも約半数の6校には教室がある。職員室は分教室で7校、院内学級では3校、訪問はわずか3校しかない。

〔表3〕形態別平均教員数

形態別	小学部	中学部	高等部	合計数	回答無	学校	
病弱校本校	4	28	0	32	0	2	16
分教室	41	45	14	100	1	8	14.3
院内学級	6	2	0	8	0	3	2.67
訪問	17	15	0	32	2	11	3.56
合計	68	90	14	172	3	24	11.14

〔表4〕専用教室

形態別	有り	無し	回答無	学校数	
病弱校本校	2	0	0	2	100
分教室	8	0	0	8	100
院内学級	3	0	0	3	100
訪問	6	3	2	11	66.7
平均	19	3	2	24	86.3

〔表5〕職員室

形態別	有り	無し	回答無	学校数	
病弱校本校	2	0	0	2	100
分教室	7	1	0	8	87.5
院内学級	2	1	0	3	66.7
訪問	3	5	3	11	37.5
平均	14	7	3	24	66.7

(4) 各校の問題点

①各学校・学級の問題点

●A養護 分教室

- ・重症心身障害児1／3、教科対応児2／3の構成である。
- ・教員不足のためどちらにも不十分な授業時数である。
- ・学習内容の幅が広く、教材研究が深まりにくい。
- ・病院の理解が得られていて複数の教室と職員室があるが教室数は足りなく、コーナーなどを使い対応している。
- ・退院後すぐに前籍校に戻れない生徒がいる。特に心療内科のように長い時間を必要とするケースでは慎重な対応が必要。
- ・高等部は教科への対応ができない。

●A養護 訪問

- ・病院の教育環境が整っていない。
- ・集団の保障ができない。
- ・入院期間が長く、ストレスをためやすい。

●B養護 訪問

- ・病院独自での教員枠がなく、校内体制とのからみで、専任は1名しか出せない状況。
- ・訪問授業わくが少いため学習保障ができない。
- ・専任1名以外は兼任であるが、兼任での問題点がたくさんある。

週1わくでの授業で積み上げが難しい。

多くの教員が病院へ出入りする。

行事で授業がなくなる。

- ・青戸病院の場合、小学生は院内学級、中学生は訪問学級で、小に比べて中はいろんな面で保障できずアンバランス。

●C養護 訪問

- ・専門外の教科を担当するため、十分に対応できない。
- ・学校行事（入学式・卒業式・運動会・文化祭等）の時、授業ができない。
- ・子どもの体調に合わせて午後に授業を設定すると、校内の会議に出られない。

- ・校内で高校受験をする子どもがほかにいないため、情報収集が困難だった。

●D養護 訪問

- ・中学生の教科指導、専科教員の確保。
- ・授業日数、授業時数の不足。
- ・教材・教具の不足。
- ・進路先の確保。選択肢がない。
- ・病気に対するケア。

●E養護 分教室

- ・自宅療養期間が長くなっている。
- ・入退院を繰り返す場合、学籍移動の煩雑さ。
- ・途中入学が東京の住人でないと認められない問題（高等部）。

●E養護 訪問

- ・常駐できず、治療や体調に左右される。
- ・週3回、1回2時間では教科の学習にとっては足りない。
- ・常駐できないので時間的融通ができない。
- ・病院によっては教材置き場がなく不便。
- ・タクシー代が少なく、たえず教材を運ぶのが負担。

●F養護 訪問

- ・病院との連絡がうまくとれないことがある。
- ・教材に制限がある。

●G養護

- ・施設の狭さ、教室数の不足（学級数14に対して普通教室は9）
- ・固定学級14、定員54で教員が配置されているが、実際は在籍数がピーク時80人近くなり、教員数が不足（毎年時間講師をつけている）
- ・どの学級が子どもの数が多くなるか予測がつかず、応援体制で担任を組み替えざるをえない。
- ・ADHDの子どもが増え、教員の事故が多発。今年度公務災害認定が5名。

②各学校・学級の問題点のまとめ

各学校・学級が指摘した問題点をまとめてみると、現在の医療機関と関わる病弱教育の問題点が浮き彫りにされる。

〔表3〕形態別平均教員数 施設設備の不備は分教室、院内学級ででている。

教員数の不足は分教室、訪問、院内学級いずれもから訴えられている。

転出入の事務手続きの問題は、依然として解決していない。

4. まとめ

今回の調査は、調査方法も調査内容も非常に大ざっぱであったため、都の病弱教育のすべてを把握できたとは思わないが、いろいろな角度から至急検討して改善しなければならない問題点が多いことがわかった。

5. 健康学園・区立養護の実態

今回の区立の健康学園・区立の病弱養護学校は調査の対象としなかったが、東京の病弱教育を支える一翼でもあるので別紙資料として添付する。

東京の健康学園・区立の病弱養護学校は23区中20区に設置されていた。しかし、近年児童数の減少や、その他の事由によって利用者が減少している区もあって、残念ながら休園または廃園となった区があり、平成11年度に存続しているのは18区となっている。さらに来年度以降も廃園が予定されているところがある。

(関連資料) 東京の病弱教育 (区立養護・健康学園) 99. 04.

学校・学園一長 (設置年度順)

区 名	施設名称	設置年月日	対象学年	所在地	備 考
1 千代田	鎌倉臨海学園	1934. 04	小3～6	神奈川県鎌倉市	旧麴町区 95年から休園
2 豊 島	竹岡健康学園	1935. 04. 01	小3～6	千葉県富津市	
3 港	伊豆健康学園	1936. 03. 30	小3～6	静岡県伊東市	旧赤坂区
5 中 央	宇佐美学園	1937. 10	小3～6	静岡県伊東市	旧京橋区
6 新 宿	箱根岡田高原学園	1938.	小4～6	静岡県箱根町	旧牛込区
7 渋谷	富山健康学園	1939. 04. 24	小3～6	千葉県富山町	99年度廃園
8 文 京	岩井学園	1942.	小3～6	千葉県富山町	旧東京市立
9 足 立	上総健康学園	1951. 07.	小3～6	千葉県富津市	
10 墨 田	健康学園	1951. 09	小3～6	千葉県富津市	
11 板 橋	天津養護学校	1952. 04. 01	小3～6	千葉県天津小湊	旧大破学園1959天津養護
12 荒 川	湊健康学園	1952. 10.	小3～6	千葉県富津市	旧学園 1960保田養護
13 葛 飾	保田養護学校	1952. 10	小3～6	千葉県鋸南町	
14 台 東	岩井学園	1953. 12.	小3～6	千葉県鋸南町	
15 世田谷	三浦健康学園	1964. 04. 01	小4～6	神奈川県三浦市	
16 練 馬	下田学園	1966. 05. 01	小3～6	静岡県下田市	
17 江 東	新舞子健康学園	1966. 06. 01	小3～6	千葉県富津市	2000年度廃園の予定
18 杉 並	南伊豆健康学園	1974. 04.	小3～6	静岡県南伊豆町	
19 大 田	館山養護学校	1983. 04. 01	小3～6	千葉県館山市	
20 中 野	館山健康学園	1984. 04.	小3～6	千葉県館山市	2000年度廃園の予定
21 目 黒	興津健康学園	1987. 04. 01	小3～6	千葉県勝清市	

◎23区で施設を持たない区は、品川・北・江戸川（千代田は休園、渋谷は廃園）

◎東京の特異性 戦前から戦後まもなくまでは、大部分が結核性疾患児対策。したがってほとんどが都外にあり、単独の養護施設として始められた。

◎健康学園はいずれも大きく定員割れしているため、財政的負担を理由に休園または廃園したところ、今後廃園を予定したり考えている区がある。

5 日常生活用具の新規種目について

障害がある子どもたちの在宅生活には、さまざまな機器・用具が必要です。しかし個人で購入する場合には、高額な機器・用具が多く、経済的な負担は多大です。この事業は、国の予算にもとづき、都道府県又は政令指定都市が実施主体になっているものです。扶養義務者の収入状況により一部負担がありますが、自治体によって給付品目を増やしたり、負担額の助成をしているところもあります。なお、手続きは管内の福祉事務所を経由し、都道府県知事（指定都市市長）に申請を行います。

昭和47年8月15日児発第520号厚生省児童家庭局長通知（重度障害児に対する日常生活用具の給付等について）を根拠にしていますが、毎年、種目の追加・削除が行われています。

ここでは、平成10年度と平成11年度の新規種目を紹介します。

5-1 平成10年度日常生活用具の新規種目

1. 「重度身体障害者に対する日常生活用具の給付及び貸与について」

別紙1 重度身体障害者日常生活用具給付等実施要綱を次のとおり改正する。

(1)別表に新規種目として電気式たん吸引器を次のとおり追加する。

区分	種 目	障害及び程度	性 能
給付	電 気 式 たん 吸 引 器	呼吸器機能障害3級以上又は同等程度の身体障害者であって、必要と認められる者	障害者が容易に使用し得るもの。

(2)別表中、種目ネブライザーの障害及び程度の欄を次のとおり改める。

呼吸器機能障害者3級以上又は同等程度の身体障害者であって、必要と認められる者

2. 「重度障害児に対する日常生活用具の給付等について」

別紙1 重度障害児・者日常生活用具給付等事業実施要綱の別表に新規種目としてネブライザーと電気式たん吸引器を次のとおり追加する。

区分	種 目	対 象 者	性 能 等
給付	ネブライザー	身体障害者手帳の交付を受けた児童であって当該手帳に身体上の障害（呼吸器機能障害に限る。）の程度が3級以上であるもの、又は同程度の身体障害児であって必要と認められるもので、原則として学齢児以上のもの。	障害児が容易に使用し得るもの。
給付	電気式たん吸引器	身体障害者手帳の交付を受けた児童であって当該手帳に身体上の障害（呼吸器機能障害に限る。）の程度が3級以上であるもの、又は同程度の身体障害児であって必要と認められるもので、原則として学齢児以上のもの。	障害児が容易に使用し得るもの。

5-2 平成11年度日常生活用具の新規種目

障 第 2 6 2 号 別紙

平成11年4月7日

都道府県知事

各 指定都市市長 殿

中核市市長

厚生省大臣官房

障害保健福祉部長

「重度身体障害者に対する日常生活用具の給付及び貸与について」及び「重度障害児に対する日常生活用具の給付等について」の一部改正について

標記については、昭和47年7月18日社更第120号厚生省社会局長通知（重度身体障害者に対する日常生活用具の給付及び貸与について）及び昭和47年8月15日児発第520号厚生省児童家庭局長通知（重度障害児に対する日常生活用具の給付等について）により実施されているところであるが、今般、同通知の一部を別紙のとおり改正し、平成11年4月1日から適用することとしたので通知する。

なお、各都道府県、指定都市及び中核市におかれては、御了知の上、貴管下市町村及び関係者に対する周知徹底を図るとともに、適正な施行に向けた対応方をお願いする。

1. 「重度身体障害者に対する日常生活用具の給付及び貸与について」

別紙1 重度身体障害者日常生活用具給付等事業実施要綱を次のとおり改正する。

(1)別表に新規種目として点字ディスプレイを次のとおり追加する。

区分	種 目	障害及び程度	性 能
給付	点 字 デ ィ ス プ レイ	視覚障害及び聴覚障害の重度重複障害者（原則として視覚障害2級以上かつ聴覚障害2級）の身体障害者であって、必要と認められる者	文字等のコンピュータの画面情報を点字等により示すことのできるもの。

(2)別表中、種目電動歯ブラシの欄を削る。

2. 「重度障害児に対する日常生活用具の給付等について」

(1)別表1 重度障害児・者日常生活用具給付等事業実施要綱の別表に新規種目として、重度障害者用意思伝達装置を次のとおり追加する。

区分	種 目	対 象 者	性 能 等
給付	重度障害者用意思伝達装置	両上下肢の機能の全廃及び言語機能を喪失障害児であって、コミュニケーション手段として必要と認められるもので、原則として学齢児以上のもの	まばたき、筋電センタ一等の特殊な入力装置を備え、障害児が容易に使用し得るもの

(2)別表中、種目電動歯ブラシの欄を削る。

Ⅲ 全国訪問教育研究会機関紙「こんにちは」目次録

第63号(1998年10月20日発行)～第67号(1999年8月20日発行)

●63号(1998年10月20日発行)●

◇分科会

- 【1-1】健康づくり 【1-2】身体づくり
- 【1-3】コミュニケーション【1-4】集団授業づくり
- 【1-5】病気療養児の教育について
- 【2-1】教育条件整備 【2-2】高等部訪問教育
- 【2-3】卒業後の進路保障
- 【2-4】医療的ケアが必要な子の教育保障
- 【3-1】保護者とともに訪問教育を考える

◇大会アンケートを読んで

◇ずう訪研第2回学習会のお知らせ

福島県立石川養護学校訪問部 石川 久記

◇「けやき分教室」のプール指導について

都立北養護学校けやき分教室 田中 美和先生

◇岡山の高等部訪問教育「センター校方式」について

◇エリエール奨励賞記念

「全国訪問教育巡回講座」のお知らせ

◇全国訪問教育巡回講座のお知らせ

◇「レット症候群介護マニュアル」紹介

◇運動会に参加しました

三重県立西日野養護学校 伊藤 純子先生

◇楽しかったよ！運動会

福島県立石川養護学校訪問部 石川 久記先生

◇編集後記

●64号(1999年1月20日発行)●

◇「特殊教育120年記念式典」に参列しました

全訪研会長 西村 圭也先生

◇開催！「九州訪問教育研究会」第一回学習交流会

鹿児島県立牧之原養護学校 中道 典子先生

◇編集後記

●65号(1999年3月20日発行)●

◇巻頭言「年度はじめにあたり訪問教育の体制と内容の洗い直しを」

全訪研会長 西村 圭也

◇近訪研奈良大会 大盛況でした！

奈良県連絡員 上田法昭先生

◇びっくりしたなあ～ 訪問教育が出てくる推理小説

全訪研会長 西村 圭也

◇本の紹介 透明な鎖(高谷清・大月書店)

◇新聞記事より

●66号(1999年6月20日発行)●

◇巻頭言 第12回鹿児島大会事務局長 西園健三

◇実践紹介 角田隆子先生より(既存)

◇議案書 99年度基調報告(案)

99年度活動方針(案) 99年度経過報告

◇役員会こぼれ話

◇「高等部の訪問教育」(仮)について

◇大会最終案内 別紙参照

◇高知からの「訂正とおわび」 ◇会費納入のお願い

◇文部省訪問記 ◇編集後記

●67号(1999年8月20日発行)●

◇開会挨拶 西村圭也(全訪研会長)

◇ご挨拶 篠崎勉(全国訪問教育親の会代表)

◇実行委員長挨拶

寛山佳史(国立南九州病院小児科医長)

◇基調報告 千種一郎(全訪研副会長)

◇特別報告 「この町で」

～友ちゃんとお母さんのぼっかばか日記～

◇全国訪問教育研究会全国大会記念講演

「重度障害者の地域生活保障-沖縄から全国への発信-」

谷口正厚(沖縄大学教授)

◇全国訪問教育親の会よりの訴え 篠崎 廣子

◇全訪研総会 経過報告

98年度決算報告 エリエール奨励賞決算報告

99年度予算案 役員・事務局員・連絡員名簿

◇自主交流会

1.「FBMの実践」谷口順子

2.「アメリカの小児病棟視察報告～チャイルドライフ(病棟寮母)の役割について～」渡辺美佐子

3.「音楽遊び-ピーマントマトと歌って遊んで-」福元巧

◇調査・研究報告

「重度障害児の生活等支援制度に関する調査(中間報告)」

加藤忠雄先生(全訪研副会長)

「医療的ケアに関する全国動向について」

下川和洋先生(全訪研医療的ケア担当)

◇各地からの報告

川口 ユキ 滋賀県(滋賀県立草津養護学校)

猿田 美鈴 茨城県(茨城県立北茨城養護学校)

黒田 悦子 香川県(香川県立高松養護学校)

井原 香 徳島県(徳島県立ひのみね養護学校)

松野 由加里 熊本県(熊本県立苓北養護学校)

藤瀬 博美 福岡県(福岡市立福岡中央養護学校)

伊東 健史 長崎県(長崎県立野崎養護学校)

田中 幸子 佐賀県(佐賀県立金立養護学校)

城間 米子 沖縄県(沖縄県訪問教育親の会)

吉田 正 島根県(島根県立松江清心養護学校)

「保護者とともに訪問教育を考える」分科会報告

篠崎 勉(全国訪問教育親の会代表)

米満 文人(全国訪問教育親の会副代表)

◇「石川からのたより」No. 23

◇大会宣言

◇実行委員会あいさつ

内田芳夫(副実行委員長・鹿児島大学教授)

◇大会運営要員への会長の謝辞

◇要員代表挨拶

◇次回大会開催地より挨拶

◇現地実行委員会より激励の挨拶

◇閉会挨拶

◇全国訪問教育研究会都道府県別会員数一覧

◇近訪研開催のお知らせ

◇速報は、こんな感じでした！

◇全国訪問教育実施状況(別紙)

◇くつろぎタイム

◇エリエール巡回講座を有効に使って下さい

◇エリエール巡回講座・鳥取県にて開催！

◇文部省の訪問教育担当者講習会資料

◇「高等部の訪問教育」出版計画

◇大会アンケートを読んで

◇編集後記

編集後記

今年度、訪問教育に関する一番のニュースは、やはり2000年4月からの高等部訪問教育本格実施ですね。まず本年3月に、2002年4月1日から施行される「盲学校、聾学校及び養護学校 学習指導要領」の告示がありました。続いて6月3日には「現行の盲学校、聾学校及び養護学校高等部学習指導要領の特例を定める件（平成11年文部省告示第132号）」が告示され、新学習指導要領の高等部訪問教育にかかる部分が2000年4月から前倒し実施されることになりました。

制度はできました。今後は、よりよい制度にしていくことと青年期や進路という観点での高等部訪問教育の教育課程づくりの研究が必要だと思います。本年度の全国大会の分科会では、分科会を再編して「青年期教育と進路保障」分科会をつくりましたが、とても良かったと思っています。

さて、私事ですが、学校を異動して久しぶりに訪問教育を担当しました。大学附属病院へも訪問していますが、治療中の子どもたちの教育は初めての経験です。分科会の数にも現れていますが、訪問教育の対象とする子どもたちのいろんな意味での幅の広さと、課題の多さを痛切に感じています。

実践と研究。本誌がその参考なるようにと充実につとめております。

さあ来年度は大阪です。「食い倒れ」の町に出る前に、いろいろと実践を交流しましょう！

(し)

1999年12月

訪問教育研究第12集

1999年12月1日発行 定価 1000円(送料別途)

■編集・発行 全国訪問教育研究会

■事務局 〒350-1108

埼玉県川越市伊勢原4-10-7

長 正晴

TEL0492-31-6941

郵便振替 00130-2-95934 全国訪問教育研究会

印刷製本 共立アート (TEL042-561-1170)